

Path.

1152

u

Path. 1152 ²⁶

Schönfeld

Die
Hypertrophischen
Lymphdrüsen-Geschwülste
des
Halses

und deren Heilung mittelst einer
neuen Heilmethode

von

Dr. E. Schönfeld,

practischem Arzte zu Kanitz in Mähren.



BRÜNN.

Gedruckt bei Wilhelm Burkart.

1862.

Die
Hypertrophischen
Lymphdrüsen-Geschwülste

Heilung

und deren Heilung mittelst einer

neuen Heilmethode

BIBLIOTHECA

REGIA

MONACENSIS

BRUNN

Verlag von Wilhelm Brunn

1882

V o r r e d e.

Fast täglich lesen wir in medicinischen Werken und Zeitschriften neue Heilmittel gegen incurable Krankheiten angepriesen; die sich jedoch bei näherer Prüfung nicht bewähren, und daher eben so schnell als sie am medicinischen Horizonte auftauchten wieder verschwinden, und in die Rumpelkammer der *Materia medica* wieder zurückgeworfen werden. Das „*Post hoc erga propter hoc*“ wird von Niemanden mehr geglaubt. Durch zahlreiche derartige Enttäuschungen ist es so weit gekommen, dass, wenn eine neue angepriesene Heilmethode nicht von einem in der medicinischen Welt berühmten Namen ausgeht, dieselbe gar nicht beachtet, und meistens keiner näheren Prüfung gewürdigt wird.

Ein solches Los haben wir für unsere in dieser Broschüre mitzutheilende Heilmethode nicht zu befürchten, denn selbe besteht nicht in

der Auffrischung eines aus der *Materia medica* hervorgeholten Arzneistoffes, sondern sie ist ein in der Therapie bisher, wenigstens zu diesem Zwecke, noch nicht betretener Weg; kein neues Arzneimittel, sondern eine neue Anwendungsweise. Ferner gründet sich diese Heilmethode auf anatomische und physiologische That- sachen und Experimente, und ist an und für sich wieder eine weitere Bestätigung dieser phy- siologischen Thatfachen. — Der Verfasser, durch theoretische Betrachtungen auf diese neue Heil- art geführt, versuchte sie hierauf in einem prak- tischen Krankheitsfalle, in welchem bereits alle bisherigen Heilmethoden fruchtlos versucht wor- den waren, und fand seine Erwartungen in eclatanter Weise bestätigt. Hiemit noch nicht zufrieden, erprobte er diese Heilmethode in noch andern, freilich nur wenigen Fällen, wie es in der beschränkten Landpraxis nicht anders mög- lich ist, jedoch durch 2 Jahre hindurch. Die Krankheitsgeschichten von dreien dieser Fälle sind in dieser Broschüre ausführlich beschrieben. Eine grössere Anzahl von Krankheitsfällen und bewirkten Heilungen, um die Grenzen der Wirk-

samkeit dieser Methode genau und sicher zu bestimmen, ist bei einer relativ selten vorkommenden Krankheit wie die Drüsenhypertrophie für einen Landarzt nur nach vielen Jahren möglich. Wir hoffen jedoch, dass jene Aerzte, denen mehr Material zu Gebote steht, es nicht unter ihrer Würde finden mögen, diese Methode an ihren betreffenden Kranken zu versuchen.

Dass unsere hier mitzutheilende neue Heilart einer weiteren eingehenden Prüfung und Beachtung gewürdigt werden wird, ist auch schon desswegen gewiss, weil die Krankheit, gegen die sie gerichtet ist, meine langdauernde, und in ihren ausgebildeteren Formen bisher meist incurable war. Hatten nämlich die Drüsen-
geschwülste zu beiden Seiten des Halses eine gewisse Grösse erreicht, so war man nicht mehr im Stande, sie durch Arzneimittel zu beseitigen, sondern nur durch die lebensgefährliche Operation des Ausschneidens derselben. Ja die bisherige Therapie war oft nicht einmal im Stande, das weitere Wachsen derselben aufzuhalten, trotzdem mancher Kranke gleich beim Beginn des Uebels ärztliche Hilfe gesucht hatte. Da nun

die hypertrophischen Drüsen fast **nie** in Eiterung übergehen, sondern auf eine gewisse Grösse angewachsen jahrelang constant bleiben, so versucht der Kranke nach und nach alle Mittel, bis er endlich, von deren Fruchtlosigkeit überzeugt, resignirt.

Die Krankheit, welche Gegenstand dieser Broschüre ist, bedroht zwar das Leben des Kranken nicht unmittelbar, und kann jahrelang bestehen, ohne dem Organismus zu schaden; allein die bedeutende Entstellung des Gesichtes und Halses, welche sie hervorbringt, macht die betreffenden Kranken um so unglücklicher, als die Krankheit meistens im jugendlichen und ersten Mannesalter auftritt, wo jene Entstellung am schmerzlichsten empfunden wird, und am nachtheiligsten auf die Zukunft des Individuums einwirkt. Wenn daher unsere Heilmethode einige dieser Unglücklichen von ihrem entstellenden Leiden zu befreien im Stande ist, so glauben wir uns durch die Mittheilung derselben einiges Verdienst um die leidende Menschheit erworben zu haben. — Ich gedachte anfangs nur die neue von mir angewendete Heilmethode, und zwar

in einem medicinischen Blatte, zu veröffentlichen. Allein, indem ich mich durch einige Zeit mit der Beobachtung und Behandlung der Drüsenhypertrophie speciell beschäftigte, und diesem Gegenstande meine besondere Aufmerksamkeit zuwendete, drangen sich mir viele neue Wahrnehmungen und Gedanken bezüglich der Aetiologie und der Pathologie dieser Krankheit auf, welche ich der Veröffentlichung für werth hielt, und so wuchs der mitzutheilende Stoff derart an, dass daraus eine kleine Broschüre wurde, die ich hiemit der Oeffentlichkeit übergebe.

Kanitz, am 15. September 1861.

die ich hiennt der Geisteskrankheit abtrage.

Wenn wir einen mit Hypertrophie der Halslymphdrüsen behafteten Kranken gleichzeitig einem Arzte der älteren Schule, und einem Arzte, der mit dem Fortschritt der Wissenschaft gleichen Schritt gehalten, vorstellen, und zur Beurtheilung und Behandlung übergeben würden, so würde ohne Zweifel der Ausspruch dieser beiden Ärzte himmelweit von einander verschieden lauten. Der Arzt der älteren Schule macht gleich beim ersten Anblicke des Kranken die Diagnose: „Scrofulose, das Individuum ist scrofulös.“ Diagnose und einzuleitende Behandlung unterliegt in seinen Augen keinem weiteren Skrupel oder Zweifel.

Die neue Schule dagegen hat mit Hilfe der pathologischen Anatomie erkannt, dass diejenigen Drüsenerkrankungen, welche man früher Drüsen-scrofulose nannte, oft von einander ganz verschiedene Zustände waren, welche Nichts mit einander gemein hatten, als eben nur den Sitz in den Halsdrüsen. Man sah wohl in früheren Zeiten, ohne sich die Ursache erklären zu können, dass diese sogenannten scrofulösen Drüsen in dem einen Falle in Eiterung übergingen, in anderen Fällen hingegen auch bei noch so langem Bestande und bedeutender Grösse niemals eiteren; man bemerkte, dass das

eine Individuum ausser der Drüsenerkrankung kein anderes krankhaftes Symptom darbot, und gesund aussah; ein anderer Kranker hingegen mehrere andere Leiden, als z. B. Haut-, Knochenleiden, nebstbei hatte; man machte die Beobachtung, dass die Behandlung mit Jod-Mitteln und *Oleum jecoris* in dem einen Falle nützte, in andern Fällen hingegen bei und trotz dieser Behandlung die Drüsen-
geschwülste fortwährend wuchsen, oder sich auch noch auf andere Körperstellen ausbreiteten. Trotz dieser und vieler anderer Beobachtungen wurde dennoch jede chronische Anschwellung der Halsdrüsen, wenn sie nicht als deutliches Aphterprodukt z. B. Krebs sich darstellte, oder als ein Sympton der *Lues venerea* auftrat, ganz einfach eine scrofulöse Drüsenanschwellung genannt, und das betreffende Individuum ein scrofulöses.

Die Forschung der neueren Zeit kennt keine „scrofulöse Drüse“ mehr, sie hat diesen Ausdruck mit Recht verbannt; denn es gibt wohl scrofulöse Individuen, aber keine scrofulöse Drüsen, d. h. keine bestimmte oder spezifische Beschaffenheit, und kein spezifisches Produkt der als scrofulös bezeichneten Drüsen. Die neueste Forschung trennt die ehemals sogenannten scrofulösen Drüsen in 3 oder 4 von einander höchst verschiedene krankhafte Zustände, welche nicht nur in ihrer Aetilogie und in ihrem Verlaufe, sondern auch in dem pathologisch-anatomischen Befunde, und in ihrem Einfluss auf die Zukunft des Individuums so wesentlich von einander sich unterscheiden, dass man sie unmöglich mehr unter eine Rubrik und unter

einen und denselben Namen zusammenfassen kann; es sind diess: die chronische Entzündung, die locale Hypertrophie, die allgemeine Hypertrophie mit charakteristischer Blutbeschaffenheit, Leucæmie, und endlich die Tuberculose der Lymphdrüsen. Jede dieser Erkrankungen kann bei Scrofulösen vorkommen; die Hypertrophie jedoch kommt nicht nur eben so oft bei Nichtscrofulösen vor, ja sie wird sogar, nach den Erfahrungen bewährter Autoren, in der Mehrzahl der Fälle bei Personen angetroffen, die weder scrofulös, noch tuberculös genannt werden können. [Vide Virchow's Handbuch der Pathologie und Therapie, Abhandlung von Lebert über Drüsenerkrankungen pag. 143.]

So gross und bedeutend aber auch der Fortschritt sein mag, welcher in diesem Gebiete der Drüsenerkrankungen in neuester Zeit mit Hilfe der pathologischen Anatomie und der mikroskopischen Gewebslehre gemacht wurde, so bleibt dennoch noch sehr viel Dunkles und Zweifelhaftes zu erforschen übrig. Wenn man nämlich die Monographien, die über die Hypertrophie der Lymphdrüsen geschrieben wurden, so wie die betreffenden Kapitel der neueren pathologischen Lehrbücher durchliest, begegnet man so verschiedenen Darstellungen des Leidens, und so widersprechenden Ansichten über die wichtigsten Verhältnisse dieser Krankheit, dass man zu der Ueberzeugung gelangt: es thue hier eine sichtende Hand sehr noth, um diese Widersprüche zu lösen, und die Lücken auszufüllen.

Lebert selbst beginnt seine Darstellung der

Lymphdrüsen-Krankheiten mit dem Geständniss, „dass die Hypertrophie der Lymphdrüsen eine noch sehr ungenau bekannte Krankheit sei“ und er sieht sich daher genöthigt, mehrere Formen der Hypertrophie zu unterscheiden, wovon die eine von Scrofulose abhängig, die anderen hingegen unabhängig sind. — Dem berühmten Larrey selbst wird der Vorwurf gemacht, in seinem „*Mem. sur l'adenite cervicale*“ die Hypertrophie mit der chronischen Entzündung verwechselt zu haben. — Andere Aerzte bezeichnen die grösseren Hypertrophien als Sarcome oder als Infiltration der Lymphdrüsen. — Selbst Virchow's und Bennet's ausgezeichnete Forschungen über die Hypertrophie der Lymphdrüsen und consecutive Leucæmie sind noch sehr lückenhaft, und lassen die wichtigsten Fragen unbeantwortet: So z. B. weiss man noch gar nicht, in welchem Verhältniss die verbreitete Hypertrophie der Drüsen zur leucæmischen Bluterkrankung steht, ob diese oder jene das consecutive Leiden ist. Man weiss ferner noch nicht, wie sich die Hypertrophie zur Cirkulation der Lymphe verhält. Um nur ein Beispiel anzuführen: Es heisst: „Durch die Hypertrophie vieler Drüsen werden zu viel Lymphelemente in's Blut geführt, und dadurch Leucæmie erzeugt;“ an einer andern Stelle dagegen heisst es: „durch die hypertrophirten Abdominaldrüsen kann der Chylus nicht durchpassiren, sie führen den Chylus nicht weiter, und das Individuum stirbt an Marasmus.“

Welch' ein Widerspruch liegt in diesen beiden Behauptungen! Einmal sollen die *Vasa lymphatica*

effeientia aus der hypertrophischen Drüse zu Viel, ein andermal gar Nichts herausführen. — Also die wichtige Frage: Wie cirkulirt die Lymphe in den ein- und ausführenden Lymphadern der hypertrophischen Drüse? bis zu welchem Grade findet noch eine Resorption in den betreffenden Lymph-Capillarien statt? Diese und viele andere Fragen sind bis jetzt noch völlig ungelöste Räthsel. Bei so bewandten Umständen glauben und hoffen wir, dass ein Beitrag zur Pathologie und Therapie dieser noch wenig erforschten Zustände, wenn dieser Beitrag auch nur gering, und von keinem in der Literatur bekannten Namen schon im Voraus empfohlen wird, dennoch willkommen sein werde.

Gegenstand dieser kleinen Abhandlung ist nur die Hypertrophie der **Hals**-Lymphdrüsen als locales Uebel. Da jedoch die Hypertrophie der Halsdrüsen im Beginn des Leidens von der beginnenden Tuberculose eben dieser Drüsen schwer zu unterscheiden, ja oft auch das eine dieser Uebel sich zu dem andern hinzugesellt; da ferner auch bei der Leucæmie die Hypertrophie der Lymphdrüsen manchmal in den Halsdrüsen zuerst auftritt: so folgt hieraus, dass Manches von dem weiterhin Gesagten auch bei diesen beiden Drüsenleiden Anwendung findet.

Es ist eine sehr auffallende, und bis jetzt noch wenig erklärte Erscheinung, dass die Hypertrophie der Lymphdrüsen, so wie auch die andern Erkrankungsarten dieser Gebilde (als z. B. Entzündung, Tuberculose &c.) in der bei Weitem grössten Anzahl der Fälle blos die Lymphdrüsen des Halses befällt, und zwar jene Drüsengruppe, welche in der obern seitlichen Halsregion, in der *Regio parotidea* und unterhalb derselben, um den Winkel des Unterkiefers, und in dem äussern Theil der *regio submaxillaris* bis zum *musc. sterno-cleido-mast.* zerstreut liegen, und unter dem Namen: *Gland. facial. profundae* bekannt sind. Ihnen zunächst an Häufigkeit erkranken die *glandulae submaxillares*. Diese beiden Drüsengruppen werden im Verhältniss zu den zahlreichen Drüsen des übrigen Körpers, so überwiegend häufig ergriffen, dass man ihre Erkrankung beinahe als Regel, die der übrigen als Ausnahme betrachten könnte; oder das Verhältniss in Zahlen ausgedrückt; dürfte die Häufigkeit der Hypertrophie dieser Drüsen zu der anderer Drüsengruppen in dem Verhältniss wie 10 zu 1 noch viel zu gering angenommen sein.

Diese auffallende Erscheinung verdient mehr Beachtung, als ihr bisher zu Theil wurde; und die Erforschung der Ursachen derselben, von welchen wir in den Schriften über Drüsenkrankheiten nur Weniges vorfinden, dürfte zu nicht unwichtigen Resultaten führen.

Ehe wir uns aber mit diesem Gegenstande eines Ausführlicheren beschäftigen, müssen wir

noch Einiges über die Hypertrophie der Drüsen im Allgemeinen voranschicken.

Die Hypertrophie der Lymphdrüsen bietet in ihrer Entstehungsweise ganz eigenthümliche Momente dar, wie sie bei keiner Hypertrophie anderer Gebilde des menschlichen Körpers anzutreffen sind. Andere Hypertrophien bilden sich nämlich aus entzündlicher Ausschwitzung, oder durch erhöhte Thätigkeit des Organes &c.; immer durch Vermittlung des Blutgefäß-Systems, indem aus den Capillarien ein plastischer Stoff ausgeschieden wird, welcher sich dann verschieden organisirt.

Ganz anders aber muss der Vorgang bei Entstehung der wahren Hypertrophie der Lymphdrüsen gedacht werden. Wie bekannt, unterscheidet man meistens zwei Arten derselben: die fibroplastische und die wahre Hypertrophie. Bei jener zeigt die Untersuchung mittelst des blossen Auges ein festes, blasses, faseriges Gewebe, aus welchem ein heller durchsichtiger Saft gepresst werden kann; das Mikroskop lässt in diesem Saft die fibroplastischen Elemente erkennen, welche in dem Gewebe selbst bereits organisirt sind.

Bei der wahren Hypertrophie hingegen hat die Drüse ein gallertartiges Ansehen, und entleert beim Druck einen trüben zellenreichen Saft; das Mikroskop zeigt eine massenhafte Vermehrung der normalen Drüsenelemente.

Beide Arten der Hypertrophie kommen jedoch oft gemischt vor, so dass dieselbe Drüse z. B. an einer Stelle ein fibröses, an einer andern ein gallertartiges Aussehen hat.

Diesen beiden genannten Arten der Drüsenhypertrophie entspricht eine zweifache Entstehungsweise.

Die fibro-plastische entsteht durch Ausschüttung eines plastischen Stoffes aus den Blutgefäß-Capillarien der Lymphdrüse in Folge von Hyperämie, acuter oder chronischer, idiopathischer oder sympathischer Entzündung.

Ganz anders muss der Vorgang bei Entstehung der wahren Hypertrophie gedacht werden. Wir müssen uns hiebei einige physiologische Thatsachen in's Gedächtniss rufen. Die Lymphdrüsen sind nämlich keine Lymph-erzeugenden Organe, sondern die von den Anfängen der Lymphgefäße aufgesaugte Lymphe wird in den Drüsen verändert derart, dass die Lymphkörperchen allmählig den Blutkörperchen ähnlich werden, und die Lymphe zur Aufnahme in das Blut geeignet gemacht wird. Wenn in den Lymphdrüsen eine das Normale übersteigende Menge der Lymphonelemente sich vorfindet, so kann die Ursache vielleicht darin liegen, dass die *Vasa lymphatica inferentia* entweder mehr Lymphe als gewöhnlich der Drüse zuführten, oder dass eine **Stockung** in der weiteren Circulation und in der Fortbewegung der Lymphe vorhanden ist, wodurch sich die Lymphonelemente anhäufen, und die Drüse dadurch anschwillt. — Wenn in der Drüse selbst Lymphe erzeugt würde, so könnte das Materiale hiezu nirgends anders hergenommen sein, als aus dem Blute der Capillarien der Drüse, der *vasa nutrientia*. Dass aus dem Blute Lymphe erzeugt werden sollte,

ist schwer denkbar, diess wäre eine rückgängige Metamorphose, und hätte keinen Sinn, da doch die Lymphe gleich darnach wieder dem Blute zugeführt wird. Wo aber im gesunden Zustande keine Lymphe erzeugt wird, dort kann sie auch im kranken Zustande nicht in abnormer Menge erzeugt werden. Wir kommen später auf diesen Gegenstand zurück.

Wenn nun in einer hypertrophisirten Drüse sich eine massenhafte Vermehrung der Lymph-elemente vorfindet, woher kann dieselbe stammen? Ohne uns anmassen zu wollen, diese Frage erschöpfend, und mit exacten Beweismitteln lösen zu können, wollen wir hiebei nur auf einige Umstände aufmerksam machen. Wir sehen hier vorläufig von der allgemeinen Hypertrophie aller oder der meisten Lymphdrüsen (*Leucaemie*) ab, und betrachten blos die locale Hypertrophie, namentlich der Halsdrüsen. Da die Hypertrophie der Halsdrüsen oft bei ganz gesunden Individuen angetroffen wird, wo keinerlei allgemeine Dyscrasie vorhanden ist, so muss die Ursache der wahren Hypertrophie auch manchmal eine rein locale sein, und hier ist zu berücksichtigen, dass, wie bereits erwähnt, eine Stockung der Lymphcirkulation in der Drüse selbst, oder in den *Vasis efferentibus* eine Anhäufung der Lymphe, eine Erweiterung des Lumens der Lymphgefässe in der Drüse, mit consecutiven Veränderungen eintreten könne, ähnlich dem Vorgange bei Bildung der sogenannten Milchknoten in der Brustdrüse. Auch eine Zerreissung der Lymphgefässe

der Drüse ist denkbar, und Austritt der Lymphe in's Zwischenzellgewebe, in Folge der Stockung der Cirkulation. — Die Kraft, welche die Fortbewegung der Lymphe hervorbringt, ist bekanntlich eine *Vis a tergo*, indem die Anfänge der Lymphgefäße in der Haut, den Schleimhäuten &c. fortwährend resorbiren, wodurch das bereits resorbirte weiter geschoben wird. Bei einer so schwachen *vis movens* ist eine Stockung um so leichter, namentlich in der Drüse selbst möglich. Die zahlreichen Anastomosen, welche in der Lymphdrüse vorhanden sind, bewirken, dass die Lymphe, wenn sie auch in einer Parthie der Drüse durch Stauung sich anhäuft, dennoch theilweise in die *Vasa efferentia* gelangen kann. Ist aber die Drüse bereits bis zu einer gewissen Grösse angewachsen, und durch und durch erkrankt, so dass der Durchgang der Lymphe nicht mehr stattfinden kann, so muss endlich ein Zeitpunkt eintreten, wo die betreffenden *Vasa inferentia* keine Lymphe mehr zuführen.

Von diesem Zeitpunkte an wächst die hypertrophische Drüse nicht mehr; es wäre denn, dass sie der Sitz eines Afterproduktes würde. Die angeführten Lymphelemente aber gehen nothwendige Veränderungen ein; es erfolgt eine theilweise Resorption, durch die Venen wahrscheinlich. Dadurch entstehen jene Hohlräume, welche man in hypertrophischen Drüsen so häufig findet. Später schrumpft das Gewebe immer mehr, die Drüse wird kleiner und härter. Diese Naturheilung bedarf meist einer Reihe von einigen Jahren, und mit Hinweisung auf dieselbe rathen auch die Autoren;

nachdem man alle Mittel zur Heilung der Hypertrophie der Drüsen vergebens versucht, solche sich selbst zu überlassen und nicht etwa die Medicamente so lange anzuwenden, bis der Organismus darunter leidet.

Hier kommen nun zwei wichtige Fragen zu beantworten:

1. Gibt es denn wirklich eine solche Stockung in den Lymphgefäßen der Drüse, in Folge deren eine Anhäufung der Lymphelemente stattfindet?
2. Welche Ursachen können eine solche Stockung der Lymph-Cirkulation in der Drüse hervorbringen?

Ad 1. Die erste Frage lässt sich sowohl *per analogiam*, als auch durch Thatsachen mit einem positiven Ja beantworten. Wir kennen z. B. ziemlich genau die Folgen der Compression einer Vene oder Arterie, wenn dadurch der Lauf des Blutes unterbrochen wird. Dagegen wissen wir von den Folgen, die eine Compression eines Lymphgefäßes nach sich zieht, sehr wenig.

Dass aber eine solche Compression z. B. durch Tumoren oft stattfindet, und dass in Folge dessen eine Ausdehnung und krankhafte Erweiterung der betreffenden Lymphgefäße eintritt, ist bekannt.

Ein ähnlicher Vorgang muss in der Lymphdrüse selbst nothwendiger Weise viel häufiger als im Verlaufe der Lymphgefäße stattfinden, weil die vielen Windungen und Schlingungen der *Vasa lymphatica* in der Drüse die Stauung begünstigen. Denken wir uns z. B., dass in Folge einer Entzündung ein Exsudat in dem Zellgewebe der Drüse

abgelagert wird, dass dieses Exsudat wegen ungünstiger äusserer oder constitutioneller Verhältnisse nicht resorbirt wird, sondern sich organisirt, und dann einen partiellen Druck auf die Lymphgefässe ausübt. Nur die zahlreichen Anastomosen mögen in vielen Fällen die Wirkungen dieses Druckes wieder ausgleichen, wo jedoch diese nicht ausreichen, stagnirt die Lymphe, und die Drüse bleibt krank, und vergrössert sich nach abgelaufener Entzündung immer mehr. Auf diese Weise bildet sich bei einem Kranken aus einer bereits abgelaufenen (und vielleicht schon vergessenen) sympathischen Drüsenanschwellung eine bleibende Hypertrophie.

Aehnliches geschieht auch wahrscheinlich bei Ablagerung eines Afterproduktes in die Drüse, und wenn wir bei den Autoren lesen, dass eine hypertrophirte Drüse später Sitz einer tuberculösen Ablagerung werden kann, so glauben wir, dass diess eben so oft umgekehrt der Fall sein möge, das heisst, dass in Folge der durch die Ablagerung des Afterproduktes bewirkten Stauung der Lymphe sich eine Anhäufung der Lymph Elemente hinzugeselle.

Ad 2. Welche Ursachen können nun eine Störung der Lymphcirkulation durch die Drüsengefässe veranlassen? welche Verhältnisse bewirken eine Stauung und Anhäufung der Lymph Elemente?

Diese Ursachen können vorerst rein mechanische sein. Dahin gehören jene Fälle, wo die *Vasa efferentia* durch Tumoren zusammengedrückt, durch entzündliche Exsudate obturirt sind. Hieher

gehört auch der Druck von einer engen Halsbekleidung, welche Larrey als häufige Mitursache bei Entstehung der Halslymphdrüsen-Krankheiten beschuldigt. Hier bleibt der weiteren Beobachtung noch viel zu erforschen übrig.

Das mechanische Hinderniss kann auf die Lymphgefäße der Drüse selbst einwirken, und hier steht der Druck durch entzündliche Exsudate oben an; allein nicht die acute Entzündung ist es, welche zur Hypertrophie führt, sondern vorzugsweise die chronische, und zwar meistens die sympathische Entzündung. Bei der acuten Entzündung werden die Lymphgefäße der Drüse von dem auf sie lastenden Drucke durch Resorption oder Vereiterung bald wieder befreit. Die chronisch-sympathische Entzündung hingegen setzt ein Exsudat ab, das sich organisirt, und dadurch stellenweise einen Druck auf die Drüsenlymphgefäße und Stagnation der Lymphbewegung herbeiführt. Der entzündliche oder ulceröse Process, welcher die sympathische Drüsenanschwellung hervorruft, theilt auch dieser seine eigene Natur mit: ist jener acut, verläuft auch diese acut, dagegen ein chronisches Leiden, eine chronische sympathische Drüsenanschwellung erzeugt, welche unter gewissen Bedingungen zur Hypertrophie wird. Die Constitution des Individuums und manche theils bekannte theils unbekannte äussere Verhältnisse sind im Stande, eine sympathische Drüsen-Anschwellung in eine Hypertrophie der Lymphdrüsen umzuwandeln. Ein hieher gehörendes und täglich zu beobachtendes Beispiel bilden

die Eczeme der behaarten Kopfhaut bei Kindern. Bei allen damit behafteten schwellen die Lymphdrüsen des Nackens sympathisch an, in vielen Fällen geht die eine oder andere der betroffenen Drüsen in Eiterung über; die meisten resorbiren sich nach geheiltem Kopfausschlag rasch. So bei gesunden Kindern, und gutem Verhalten. Dagegen bei schwächlichen oder kränklichen Kindern, oder auch bei langer Dauer und schlechter Pflege, wenn auch die Kinder sonst gesund wären, bleiben nach geheiltem Kopfausschlag zahlreiche harte schmerzlose Drüsenknoten im Nacken, und man kann diese kleinen hypertrophischen Drüsen noch nach vielen Jahren wahrnehmen. Warum diese Nackendrüsen nie die Grösse der andern hypertrophischen Halsdrüsen erreichen, darauf kommen wir noch später zurück.

Die sympathische Drüsenanschwellung ist also die häufigste veranlassende Ursache zur Entstehung der localen Hypertrophie; doch müssen nebst dem noch andere Faktoren mitwirken, wenn die hypertrophisirten Drüsen eine bedeutende Grösse und Ausdehnung erreichen sollen. Und hier lässt es sich nicht läugnen, dass eine bestimmte Körperconstitution, kennbar durch eine schwächere reactive oder vitale Thätigkeit, durch langsame Ausgleichung entzündlicher Vorgänge, ein disponirendes Moment zur Drüsenhypertrophie bildet. Indessen sieht man auch bei ganz gesunden kräftigen Individuen, die weder an sich selbst noch ihrer Abstammung nach das geringste disponirende Moment zu chronisch-

werdenden Krankheitsprocessen, oder anders gesagt, eine Spur von Scrofulose erkennen lassen, ganz vorzügliche Drüsenhypertrophien in Folge ulceröser Processe sich entwickeln. Vergebens forscht man in solchen Fällen nach der näheren Ursache. Ein eclatantes Pendant zu dem Gesagten schwebt mir hier vor:

Ich bekam kurz nacheinander 2 Knaben von 12 bis 13 Jahren zur Behandlung. Beide von gesunder und kräftiger Constitution, beide gesunden Familien angehörend. Beide litten seit mehreren Monaten an einem ulcerösen Process in der Nasenschleimhaut, unweit der vordern Nasenöffnung, und zwar nur in der einen Nasenhälfte. Es hatten sich Granulationen in der betreffenden Nasenhöhle entwickelt, welche den Durchtritt der Luft hinderten, und durch die consecutive Anschwellung und Auftreibung der entsprechenden Nasenhälfte das Gesicht verunstalteten. Beide Knaben boten also ein gleiches Leiden bei anscheinend gleich kräftigem Körperbau.

Und dennoch wie verschieden gestaltete sich bei Beiden die consecutive Drüsenanschwellung. Während bei dem Einen die entsprechenden *Glandulae faciales profundae* nur eine unbedeutende, nur fühlbare, aber nicht sichtbare Anschwellung darboten, welche die gewöhnliche Grösse sympathisch-angeschwollener Drüsen nicht überstiegen, hatte der andere Knabe dieselben Drüsen so angeschwollen, dass sie förmliche Wülste darstellten, welche weder von selbst noch beim Drucke schmerzten, und demnach bereits als hypertro-

phisirte Drüsen betrachtet werden mussten. Die Eltern dieses Knaben wurden erst durch diese entstellenden Drüsenwülste vermocht, ärztliche Hilfe zu suchen, da sie das Nasenleiden für zu unbedeutend ansahen. Es muss hier bemerkt werden, dass die Drüsen nicht nur auf der der kranken Nasenhälfte entsprechenden Halsseite, sondern, obwohl in geringerer Zahl, auch auf der andern Seite des Halses hypertrophisch waren.

Und gerade dieser Knabe war der stärkere von Beiden, gehört dem Bauernstande an, wurde bereits bei jeder Feldarbeit verwendet, und lebte unter guten Verhältnissen. Damit man jedoch nicht denken möge, dass vielleicht die Drüsen bereits vor dem Beginn des Nasenleidens und unabhängig von demselben erkrankt wären, müssen wir hier die Anamnese des Falles kurz erwähnen. Vor einem halben Jahre bemerkten die Eltern häufiges Nasenbluten und den bei Verstopfung der Nase eigenthümlichen Ton der Sprache, später Anschwellung der einen Nasenhälfte und Verunstaltung der Nase bei normaler Färbung derselben. Erst nach viermonatlichem Bestehen dieses Leidens wurde die Anschwellung der Drüsen bemerkbar, und von nun an wuchsen diese ziemlich rasch aber schmerzlos. — Warum die Drüsen bei 2 in gleicher Weise Erkrankten sich so verschieden verhielten, darüber wollen wir weiter unten unsere Vermuthung aussprechen.

Man sagt, Scrofulöse sind zu Drüsenerkrankungen am meisten disponirt. Dieser Satz ist nur insofern richtig, als die sogenannte Scrofulose sich

meist in chronischen entzündlichen und ulcerösen Processen manifestirt, und erst diese letzteren führen nothwendiger Weise zur Hypertrophie der sympathisch-angeschwollenen Drüsen. — Nicht die Scrofulose allein, auch andere Cachexien, welche mit chronischen Ulcerations- oder Entzündungsprocessen einhergehen, führen consecutiv Drüsenhypertrophien herbei, z. B. die *Lues secundaria*. — Ein Individuum, welches einen chronischen Ulcerationsprocess und die entsprechenden Drüsen hypertrophisirt zeigt, ist darum noch nicht scrofulös zu nennen, wenn nicht noch andere Anhaltspunkte für die Diagnose einer Cachexie vorliegen.

Die mechanische Unterbrechung der Lymphcirculation, und die entzündlichen Zustände der Drüse sind zwar häufig die veranlassende Ursache der hypertrophischen Drüsenerkrankung, doch gibt es noch andere zum Theil noch unbekannte Ursachen, welche eine sehr hochgradige locale Drüsenhypertrophie hervorbringen können, ohne dass ein primärer Ulcerationsprocess und eine sympathische Drüsenanschwellung vorausgegangen wäre.

Als analoges Beispiel führen wir hier den sogenannten *Bubon d'emblée* an. Nach einem Coitus mit einer syphilitischen Person bildet sich nämlich ohne jedes primäre Ulcus an den Genitalien ein Leistenbubo aus; solcher ist dann wohl immer ein torpider Bubo, der von einer aus andern Ursachen hypertrophisirten Lymphdrüse sich weder durch seine

physikalischen, noch mikroskopischen Eigenschaften wesentlich unterscheidet. Diese *Bubons d'emblée*, wie alle bei constitutioneller Syphilis vorkommenden torpiden Bubonen zeigen auch insofern ihre Aehnlichkeit mit den aus andern Ursachen entstandenen Hypertrophien, dass man bei noch so lange fortgesetzter mercurieller oder Jodbehandlung, und nachdem alle anderen secundären Symptome geschwunden sind, nicht im Stande ist, die hypertrophisirten Drüsen-Bubonen zu beseitigen, und diess nur der Zeit überlassen muss. Ja einige Autoren, welche die Krankheiten noch immer als *Individuen in Individuo*, und nicht, wie es sein sollte, als Veränderungen des Normalen auffassen, gehen so weit zu behaupten, „dass die in Folge von Syphilis hypertrophisirten Drüsen das venerische Gift in sich verschliessen, derart, dass das fibro-plastische Gewebe der erkrankten Drüse gleichsam eine Kapsel um das syphilitische Virus bildete, und dadurch selbes für eine Zeit lang für den übrigen Organismus unschädlich mache.“

„Die secundäre Syphilis scheine dann vollständig geheilt, bis auf diese Drüsentumoren. Nach einiger Zeit jedoch durchbreche das Virus syphil. seine fibröse Kapsel, (wie ein wildes Thier seinen Käfig), und alle Symptome der bereits geheilt geglaubten Lues brechen von neuem aus.“ (Vide „Constitut. Syphilis von Dr. Engelsted“ 1860.)

Das Beispiel, welches wir von dem specifischen *Bubon d'emblée* genommen haben, findet nun seine Anwendung auf die Entstehung der Hypertrophie

der Halslymphdrüsen. Es kann nämlich irgend ein chemisches oder atmosphärisches Agens, ohne dass an dessen Einwirkungsstelle ein ulceröser Process entsteht, entweder durch Unterhaltung eines Reizungszustandes in den Anfängen und Ausbreitungen der Lymphgefäße, oder durch Aufnahme in das Innere derselben, und Hinführen in die entsprechenden Lymphdrüsen eine Hypertrophie derselben herbeiführen.

Ein solcher Vorgang ist aber meistens nur auf den Schleimhäuten denkbar; die Schleimhäute besitzen nämlich eine viel intensivere Resorptions-Fähigkeit, als die äussere Haut; sie besitzen zahlreichere Lymphgefäße; an den Schleimhäuten war man im Stande, die maschenförmigen Anfänge der Lymphgefäße zu beobachten. Durch die Schleimhäute erfolgt die Resorption miasmatischer Schädlichkeiten, des Rotzgiftes, des Sumpfmiasma's &c. Von allen Schleimhäuten aber sind die Schleimhäute der Nasenhöhle und der Mund- und Rachenhöhle diejenigen, die den meisten Schädlichkeiten ausgesetzt sind. Diese Vorhöfe des Verdauungs- und Athmungs-Apparates haben unter Anderem auch den Zweck, manche Schädlichkeiten von den wichtigern innern Theilen abzuhalten. So z. B. werden die Staubtheilchen der eingeathmeten Luft meistens in der Nasenhöhle zurückgehalten, die allzukalte Luft wird beim Durchgang durch die Nase etwas erwärmt &c., die Luft, die in die Lunge gelangt, ist staub-

frei, und wenigstens etwas erwärmt. Unreinigkeiten der Atmosphäre, rasche Abwechslung von Wärme und Kälte, und andere Schädlichkeiten betreffen zuerst und vorzugsweise diese beiden Höhlen und deren Schleimhaut. Wäre dieses nicht der Fall, so würden wir viel mehr Lungenkrankheiten haben. Gewisse Schädlichkeiten nun, meistens unbekannter Art, sind im jugendlichen Alter im Stande, durch Einwirkung auf Nasen- oder Mundschleimhaut eine Hypertrophie in jenen Lymphdrüsen zu erzeugen, welche die Lymphgefäße der Nasen- und Mundhöhle aufnehmen, also in den *glandulis facial. prof.* und in den *gl. submaxillar.* Man sieht derartige Hypertrophien manchmal unter dem Einflusse einer sehr feuchten Wohnung entstehen. Und es ist gewiss auffallend, dass **dieses schädliche Agens meistens nur auf diese Drüsengruppe wirkt**, da doch der Körper zahlreiche andere Lymphdrüsen besitzt. Dass wir in diesem Falle die Hypertrophie nicht mit der chronischen Entzündung verwechseln, möge hier an einem eclatanten Krankheitsfalle, welcher sich unter unsern Augen entwickelte, gezeigt werden.

B., Studiosus, kam in den Osterferien 1859 mit Drüsengeschwülsten zu beiden Seiten des Halses zum ersten Male zu mir. Derselbe war damals zwischen 14 bis 15 Jahre alt, von kräftigem und blühendem Aussehen, grösser und stärker als Knaben seines Alters zu sein pflegen. Vor einem Monate, wie er erzählte, bemerkte er zum ersten Male die Drüsengeschwülste in der Gegend des Unterkieferwinkels, wahrscheinlich aber datirte die Ent-

stehung dieser Krankheit aus einer viel früheren Zeit, da die Drüsen vollkommen schmerzlos wuchsen, und er daher dieselben nicht früher wahrnahm, als bis sie durch ihre Grösse, durch die Auftreibung der entsprechenden Halsgegend, für das Auge wahrnehmbar waren. Ich zählte damals auf einer Seite 3, auf der andern 2 Drüsen von der Grösse einer Kastanie, in der Parotis- und angrenzenden Submaxillar-Gegend lagernd, unempfindlich beim Druck. — Der Knabe war seit seiner Geburt noch wenig krank gewesen, hatte niemals an einem chronisch-entzündlichen Processe in der Nase, Mund &c., nie an einem Hautauschlag gelitten. Die Schleimhaut der Nasen- und Mundhöhle im vollkommen normalen Zustande, ganz gesunde Zähne. — Vater und Mutter, so wie die übrigen Geschwister des Knaben im Alter von 3 bis 30 Jahren, sämmtlich von einer so kräftigen Gesundheit, wie man diess selten in einer Familie antreffen wird. Also nirgends der geringste ætiologische Anhaltspunkt für die Entstehung einer chronischen Drüsenerkrankung. — Nur so viel liess sich ermitteln, dass er in der Hauptstadt in einem sehr feuchten Quartiere gewohnt habe. Ich verordnete jodhaltige Mittel innerlich und äusserlich. Unguent. Kali jod. und innerlich Ferr. jodat. Hierauf sah ich den Kranken nicht, bis zu den ganzjährigen Ferien 1859 August und September. Während dieser letzteren wurde äusserlich die Jodtinktur angewendet; die Geschwülste hatten nämlich, trotzdem der Kranke mittlerweile ein trockenes Quartier bezogen hatte, nicht abgenommen.

Hierauf bekam ich ihn nicht eher zu Gesichte, bis wieder in den Osterferien 1860.

Ich war diessmal nicht wenig überrascht, als ich den Patienten erblickte. Die Drüsenanschwellungen waren zahlreicher und grösser geworden, und bildeten entstellende Wülste zu beiden Seiten des Halses. Und dieses rasche Wachsthum war erfolgt, trotz aller ununterbrochen fortgesetzten Behandlung. Der Kranke war nämlich mittlerweile auch in der Hauptstadt von ein Paar Aerzten mit verschiedenen innern und äussern Mitteln, Salben, Pflastern &c. vergebens behandelt worden. Sein Aussehen war dabei kräftig und gesund wie immer, er befand sich vollkommen wohl, er war mittlerweile zu einem kräftigen Jüngling herangewachsen, die Drüsen schmerzten gar nicht. Ich ordinirte eine Kur mit der Adelheidsquelle (welche auch gebraucht wurde), mit dem Vorsatze, wenn auch diese fruchtlos wäre, in den kommenden ganzjährigen Ferien meine neue Methode bei ihm zu versuchen. — Ich komme auf diesen Fall noch später zurück.

Hier liess sich also kein anderes ætiologisches Moment auffinden, als der Aufenthalt in einer hochgradig feuchten Wohnung. Und in der That wird der Aufenthalt oder das Liegen an feuchten Orten von manchen Autoren als eine veranlassende Ursache zur Entstehung von Drüsenhypertrophien angeführt.

Warum aber wirkt der längere Aufenthalt in feuchten Localen meistens nur auf die Halsdrüsen, und zwar auf die obenerwähnte Drüsengruppe ein?

Warum wird, wie in dem erwähnten Falle, diese Gruppe allein und nicht auch die zahlreichen andern Drüsen des Körpers angegriffen? Dieses erklärt sich unserer Ansicht nach, ganz einfach dadurch, dass die erste Einwirkungsstelle der schädlichen (dem Geruchssinn schon unangenehm afficirenden) Atmosphäre auf die Nasenschleimhaut stattfindet, und in Folge dessen die dieser Schleimhaut entsprechenden *Glandul. facial. prof.* erkranken, indem die auf die Schleimhaut einwirkende Schädlichkeit mittelst der Lymphgefäße in die Lymphdrüsen fortgepflanzt wird. Wollte man aber auch eine solche Entstehungsweise der Drüsenhypertrophie in Zweifel ziehen, so viel steht fest, dass, wenn einmal in Folge eines wenn auch geringfügigen chronisch-entzündlichen Processes an oder in der Nase eine sympathische Drüsenanschwellung entstanden ist, dieselbe sich in Folge der auf die Nase einwirkenden atmosphärischen Schädlichkeiten zur Hypertrophie umwandelt. Der auf die Lymphgefäßausbreitungen der Nasenschleimhaut fortwährend einwirkende Reizungszustand: abwechselnde Wärme und Kälte schädliche Ausdünstungen &c., pflanzt sich in die Lymphdrüsen fort, und **diess ist eine Hauptursache, warum gerade diese Drüsengruppe so vorwiegend und so hochgradig hypertrophisirt.**

Aehnliche Verhältnisse finden in der Mund- und Rachenhöhle statt. Wenn in denselben ein

chronisch-entzündlicher Process, z. B. ein syphilitisches Geschwür, oder ein von Zahn-Caries auf den angränzenden Kiefer fortgepflanztes chronisch-entzündliches Leiden vorhanden ist, so entsteht eine sympathische Drüsenanschwellung und zwar um so eher, je jünger das Individuum ist. Dass diese zu einer Hypertrophie sich entwickelt, dazu trägt nicht nur der fortwährende Reizungszustand bei, der von dem chronischen Processe an und für sich auf die Lymphgefässe und Lymphdrüsen sich fortpflanzt, sondern es wirken auf diese letztere nebstdem noch andere Schädlichkeiten, welche das Geschwür und dadurch die entsprechenden Lymphdrüsen reizen, als z. B. abwechselnd heisse und kalte Speisen und Getränke, zwischen den Zähnen haftende und faulende Speisereste &c. &c. Als Pendant zu dem Obengesagten muss ich hier eines Kranken erwähnen, welcher im Sommer 1860 bei mir war. Derselbe, ein kräftig und gesund aussehender 20jähriger Bauernbursche, aus gesunder Familie stammend, hatte nie an einer Affection gelitten, welche man für scrofulös halten konnte, nie einen Hautausschlag im Gesichte &c. gehabt, dennoch litt er seit ein Paar Jahren an hypertrophischen Drüsenanschwellungen in der *regio parotidea* und *submaxillaris*. Beim blossen Anblicke bemerkte man nichts von einer solchen Anschwellung, nur bei manueller Untersuchung fühlte man einzelne, vielleicht im Ganzen 4 oder 5 Drüsen von der Grösse einer Bohne. „Ja,“ sagte er, „jetzt sieht man mir wohl nichts an; wie aber der spätere Herbst kommt, schwellen mir diese Drüsen

alle Jahre an, und dann bemerkt man es auch auswendig.“ Die Entstehungsursache der Hypertrophie liess sich auch hier nicht ermitteln.

Diese angeführten Schädlichkeiten sind jedoch nicht die einzigen, welche das überwiegend häufige Vorkommen der Hypertrophie dieser Halsdrüsen bewirken. Die Lage derselben an einer Stelle, welche von Kleidern nicht bedeckt und daher der Kälte mehr ausgesetzt ist, ferner manchmal wie oben bereits erwähnt, enge Halsbekleidung, endlich aber und vorzüglich der Umstand, dass die den Schleimhäuten entsprechenden Lymphdrüsen überhaupt viel häufiger als andere Lymphdrüsen: Hals-, Leisten-, Mesenterial-Drüsen erkranken, und namentlich stärkere Hypertrophien zeigen: Diess sind so ziemlich die Ursachen jener vorwiegend häufigen Erkrankung der bezeichneten Halslymphdrüsen.

Sehen wir nun einmal, was die Lehrbücher der pathologischen Anatomie über die Ursachen der Hypertrophie der Lymphdrüsen erwähnen: „Die Veranlassung zur Hypertrophie,“ heisst es, „geben zunächst entzündete oder verschwärende Parthien, von denen die zu den Drüsen führenden Lymphgefässe herkommen, Kopfausschläge, Entzündungen und Ulceration der Haut, der Schleimhäute, Zellgewebsentzündungen, Caries, Necrose &c. In andern Fällen ist die Hypertrophie Theilerscheinung eines Allgemeinleidens, der Scrofulose, an

welcher sich die Lymphdrüsen durch erhöhte (?) Thätigkeit und relativ im Uebermass geschehende Bildung von Blutkörperchen zu betheiligen scheinen, indem sie den Zustand der Leucæmie (milchiges Aussehen des Blutes) erzeugen? Andere Ursachen, welche secundär zu localen Hypertrophien führen, sind giftige Wunden, typhöse Geschwüre, Pyæmie, Scharlach &c.“

Wir müssen zu einzelnen der angeführten Punkte noch Einiges hinzufügen, und man möge entschuldigen, dass ich mich bei der Aetiologie dieses Leidens so lange aufhalte. Es würde diess nicht geschehen, wenn dieselbe nicht auf die Prophylaxis und einzuschlagende Therapie einen so entscheidenden Einfluss nähme.

Wir beginnen mit dem Scharlach, weil man bei dieser Krankheit in manchen Fällen die beste Gelegenheit hat, die ganze Gruppe der *Glandulae faciales profundae* ergriffen zu sehen. Die *Angina scarlatinosa* und deren croupöse Fortpflanzung auf die Nasenschleimhaut befällt genau das ganze Lymphgebiet der *Glandul. facial. profund.*, nämlich Nasen- und Rachenhöhle mit den angränzenden Gebilden. Hier hat man auch Gelegenheit, die Lage der einzelnen Drüsen in ihrem Verhältniss zu jenen Theilen, von welchen sie ihre Lymphgefässe erhalten, zu studiren. Sobald die *Angina scarlatinosa* im Rachen in der Tonsillargegend beginnt, schwellen zuerst jene Lymphdrüsen sympathisch an, welche unter dem Ohr im Centrum der Parotidealgegend liegen. Diese Anschwellung, die man bei jedem

Scharlachfalle fühlt, ist nicht etwa die angeschwollene Tonsille, denn eine Tonsillar-Geschwulst ist immer etwas weiter nach abwärts zu fühlen, als diese Drüsen. Diess ist ein so constantes Zeichen, dass es in zweifelhaften Fällen ein sicherer Anhaltspunkt ist, um eine gewöhnliche *Angina tonsillaris* bei Kindern von einem beginnenden Scharlach zu unterscheiden. Wenn in bösartigen Scharlachfällen (und diese sind die häufigeren bei Kindern unter 4 Jahren) die Entzündung des Rachens sich über die Nasenschleimhaut verbreitet, wobei aus den mit rothen Rändern umgebenen gelb belegten Nasenlöchern fortwährend ein ätzender Eiter fliesst, dann schwellen auch die der Nasenhöhle entsprechenden *Glandulae lymphat.* an, und diese Drüsenanschwellungen liegen weiter nach abwärts, unter dem Unterkieferwinkel und in dem äussern Theile des *Trigon. cerv. super.* Diese Drüsen zeigen verschiedene Grade der Anschwellung, meist jedoch sind sie bei jener Affection der Nasenschleimhaut auch croupös entzündet, das zwischenliegende Zellgewebe wird in den Entzündungsprocess mit hineingezogen, und die einzelnen Drüsen sind daher in solchen Fällen nicht separirt fühlbar. Die ganze Submaxillargegend ist stark angeschwollen, und bildet einen harten Wulst rings um den Kiefer, wobei jedoch die seitliche Drüsengegend, wenigstens anfangs mehr geschwollen ist, als die Mitte des Halses, erst später fließen beide seitlichen Geschwülste in der Mittellinie zu einem gleich-

mässigen harten Wulst zusammen (ähnlich der Ludvig'schen Halsentzündung). Wir sahen diese Geschwulst immer nur in solchen Scharlachfällen, wo ein Croup der Nasenschleimhaut vorhanden war, ohne diesen nie. Unter anderen Metamorphosen, welche die angeschwollenen Drüsen nach abgelaufenem Scharlach eingehen können, kommt auch die Umwandlung in Hypertrophie in manchen Fällen vor. Wir selbst haben beim Scharlach noch keinen andern Ausgang beobachtet, als entweder in Zertheilung bei bloss sympathischer Anschwellung; oder bei der croupösen oben beschriebenen Form in Verjauchung und Gangraen der Halshaut (wobei die gelbe Exsudatmasse frei zu Tage lag), meistens aber erfolgte der Tod, noch bevor das Exsudat eine Metamorphose erlitt. — Dass aber die Hypertrophie der Drüsen, nach Scharlach, öfters zurückbleibt, wird von glaubwürdigen Autoren bestätigt (vide Hebra's Buch über Hautkrankheiten. Abtheilung von Dr. Mayr bearbeitet; in Virchow's Sammelwerk 3. Band pag. 133.)

Die **Scrofulose** oder vielmehr die chronischen Entzündungen und Hautausschläge, die Affectionen der Augen, Nasen, Oberlippe &c., deren gleichzeitiges oder abwechselndes Vorkommen, verbunden mit cachectischem Aussehen, den Begriff der Scrofulose ausmachen, sind eine sehr häufige Veranlassung der localen Drüsenhypertrophie, nicht aber desshalb, weil die sogenannte Scrofulose sich

gern in den Drüsen localisirt, sondern weil sie mit chronischen Entzündungen der Haut und Schleimhäute auftritt, und diese letztere im jugendlichen und kindlichen Alter, abgesehen von jeder Cachexie, zu Drüsenhypertrophien führen. Immer ist die chronische Entzündung oder Ulceration das primære, die sympathische Drüsenanschwellung das consecutive Leiden, und die Hypertrophie entwickelt sich aus dieser, und wird oft erst zu einer Zeit bemerkbar, wo die primære Affection grösstentheils oder ganz geheilt ist; manchmal in viel späterer Zeit. Diess hat man oft Gelegenheit zu beobachten: Ein Knabe oder Mädchen im Alter von 5, 6 Jahren leidet abwechselnd an Anschwellungen der Nase, der Oberlippe, an Geschwüren der Cornea oder Conjunctiva, im 8. bis 9. Lebensjahre hören diese abwechselnden Affectionen auf, und nach einiger Zeit bemerken die Eltern zuerst harte vergrösserte Drüsen in der obern seitlichen Halsgegend oder in der *regio submaxill.* Oft auch werden sie zu dieser Zeit von unaufmerksamen oder sorglosen Eltern nicht beachtet, und erst wenn das Individuum in das mannbare Alter tritt, und die Drüsen unter ungünstigen Verhältnissen während dieser Zeit nicht schrumpften, sondern sich noch vergrösserten, erst dann wird die ärztliche Hilfe angesucht.

Ganz absurd erscheint uns der Ausspruch, dass bei der Scrophulose eine erhöhte Thätigkeit in den Lymphdrüsen stattfinde, und dass sich dadurch eine zu grosse Anzahl weisser Blutkörperchen bilde. Wir haben schon oben gezeigt,

dass, wo keine Lymphkörperchen erzeugt werden, sie auch nicht in abnormer Menge erzeugt werden können, weil die Lymphdrüsen keine Lymph-erzeugenden Organe sind, sondern dass die Lymphe in ihnen nur verändert wird. — Das Verhältniss der Leucæmie zur Drüsenhypertrophie ist ein noch ganz unbekanntes, und nicht etwa derart, dass die Lymphdrüsen zu viele Lymphkörperchen dem Blute zuführen, sondern dass das Lymphsystem zu wenig Lymphkörperchen in Blutkörperchen umwandelt. Der Ueberfluss der Lymphkörperchen im Blute Leucæmischer ist nicht ein absoluter, sondern ein relativer, im Verhältniss zu der Menge der Blutkörperchen; mit andern Worten, das leucæmische Blut ist um eben so viel Lymphkörperchen reicher, als es um Blutkörperchen ärmer geworden ist.

Eine wirkliche Vermehrung von Lymphkörperchen kann (abgesehen von den Chylusdrüsen) nur dann stattfinden, wenn eine vermehrte Resorption in den Anfängen der Lymphgefässe stattfindet. Dieses dürfte wohl keine Leucæmie erzeugen. — Absurd ist die Behauptung, dass bei der Scrofulose eine erhöhte Thätigkeit der Lymphdrüsen stattfindet; im Gegentheil die Disposition zu chronischen Processen bei Scrofulosen zeigt eher eine verminderte vitale Thätigkeit an, und die Anwendung der Jodmittel soll erst die Thätigkeit des Lymphsystems erhöhen, nicht erniedrigen.

Die constitutionelle Syphilis hat fast eben so oft wie die Scrofulose, Hypertrophie der Halsdrüsen in ihrem Gefolge.

Nach der sehr fleissigen Zusammenstellung, welche wir in dem bereits obenangeführten neuen Werke von Engelsted über diesen Punkt finden, ergaben sich folgende statistische Daten.

Unter 100 secundär-syphilitischen Kranken sind **57** mit chronischen Drüsenumoren.

Diese Drüsenumoren vertheilten sich bei den von Dr. Engelsted beobachteten Fällen von secundärer Syphilis folgendermassen:

Unter 57 mit syphilitischen Drüsenumoren behafteten waren: die Halsdrüsen allein ergriffen 35 mal
 die Leistendrüsen allein 32 mal
 Hals- und Leistendrüsen **51** mal
 Armdrüsen nur 2 mal
 &c. &c. ergriffen.

Dass aber diese Drüsenumoren wirkliche Hypertrophien sind, zeigt ihre langsame schmerzlose Entwicklung, und dann der Umstand, dass trotz aller Anwendung der Jodmittel, wenn schon alle Symptome der *Lues syphilit.* längst geheilt sind, diese Drüsen angeschwollen zurückbleiben, die Therapie sich fruchtlos erweist und es der Natur überlassen muss, diese Drüsen nach Jahren zur Schrumpfung zu bringen. Das überwiegend Ergriffenwerden der Halsdrüsen bei der *Lues venerea* ist nicht etwa eine Localisation, als ob sich das *Virus syphiliticum* zu seinem Lieblingssitz die Halsdrüsen auswählte, **sondern es ist hier dasselbe Entstehungsmoment, wie bei**

der Scrofulose. Eine chronisch-entzündliche oder ulceröse Affection geht voran, dann schwellen die Drüsen sympathisch an, und werden unter den oben angeführten ungünstigen Verhältnissen hypertrophisch. Bedenken wir, dass die constit. Syphilis zu Anginen, plaques muqueuses, Geschwüren der Mund-, Rachen- und Nasenhöhle, Ozæna &c. führt, so wird uns das häufige Vorkommen der Halsdrüsen-Hypertrophie bei secundärer Syphilis erklärlich. Dass nicht etwa das Quecksilber an der Entstehung derselben schuld sei, dürfen wir, trotz Dr. Herrmann's nagelneuer (??) Entdeckung kühn behaupten; denn in den Fällen, welche wir Gelegenheit hatten zu beobachten, wo nach zu grossen Dosen von Calomel, welche der Arzt bei Nichtsyphilitischen gegeben, Speichelfluss eintrat, sahen wir **nie** eine Drüsenanschwellung folgen.

Schliesslich müssen wir zu diesem Kapitel noch einige allgemeine Bemerkungen hinzufügen. Die chronischen Ulcerations- und Entzündungsprocesse überhaupt führen zu der Hypertrophie ihrer sympathisch-angeschwollenen Lymphdrüsen unter **gewissen Bedingungen**, von denen einige absolut nothwendig zum Zustandekommen der Hypertrophie, die andern bloss begünstigend wirken. Diese Bedingungen sind:

1. Jugendliches Alter (über 30 ist die Disposition schon sehr gering.)
2. Die Ulceration oder der chronisch-entzündliche Process muss in Berührung mit der äussern Luft sein, also auf der Haut oder den Schleim-

häuten. Ein chronischer sogenannter kalter Abscess z. B. führt wohl nie zur Drüsenhypertrophie.

3. Die chronisch-erkrankte Stelle wird von den Schädlichkeiten der Atmosphäre, der Speisen, des Darminhaltes, der zwischen den Zähnen faulenden Stoffe, durch unpassende Arzneien &c. gereizt.
4. Die Constitution des Individuums ist keine gesunde.

Ulcerationsprocesse der Schleimhäute führen viel eher zu Hypertrophie, überhaupt zur Drüsenerkrankung, als Ulcerationsprocesse der Haut. Die Hypertrophien, die von Schleimhautkrankheiten ihre Veranlassung hatten, sind viel intensiver und stärker, und können nach geheiltem primärem Leiden selbständig weiterwachsen.

Resümiren wir das von der Aetiologie Erwähnte, und versuchen wir die Hypertrophien nach ihren ætiologischen Momenten zu bezeichnen, so ergeben sich folgende Arten der Drüsenhypertrophie:

- A. *Hypertrophia glandularum universalis* mit charakteristischer Blutbeschaffenheit, Anschwellung der Milz &c.: *Leucaemia*.
- B. *Hypertrophia gl. localis*. Die locale Hypertrophie der Halsdrüsen hat folgende Unterabtheilungen:
 1. *Hypertrophia idiopathica primaria* (analog dem

Bubon d'emblée), wie bereits oben ausführlicher erwähnt.

2. *Hypertrophia idiopathica secundaria*, d. i. in Folge einer idiopathischen Entzündung der Drüsen.
3. *Hypertrophia sympathica* in Folge einer sympathischen Drüsenanschwellung.

Die sympathische Hypertrophie hat zahlreiche Unterabtheilungen je nach dem Charakter des primären ulcerösen Processes auf der Haut, den Schleimhäuten &c. Man kann daher unterscheiden:

- a) *Hypertrophia sympathica scrofulosa*, wo ulceröse oder chronisch-entzündliche Affectionen an Augen, Nase &c. bei jugendlichen Individuen cachectischen Aussehens vorkommen (sogenannte Scrofulose).
- b) *Hypertrophia sympathica syphilitica* (nach primär- oder secundär-syphilitischen Affectionen der Haut, Schleimhäute &c.)
- c) d) &c. *Hypertrophia sympathica* (nach Hautausschlägen, nach Scharlach, nach Necrose des Kiefers &c. &c.)

Da das primäre Leiden zur Zeit, wo die Drüsenhypertrophie dem Arzte zu Gesichte kommt, oft schon nicht mehr vorhanden, oft schon vom Kranken selbst vergessen wurde, so erfordert die Erforschung des Ursprungs der sympathischen Hypertrophie eine genaue Aufnahme der Anamnese.

Nach Vorausschickung der ætiologischen Momente, welche bei der Halsdrüsen-Hypertrophie in Betracht kommen, gelangen wir nun zu dem

Hauptgegenstände der gegenwärtigen Abhandlung, nämlich zur Therapie.

Wenn jedoch Jemand eine neue Heilmethode vorschlägt, so wird vor Allem vorausgesetzt, dass die bisherigen Heilmethoden entweder nicht im Stande waren, die fragliche Krankheit zu beseitigen, oder doch wenigstens nicht so leicht und rasch zum Ziele führen, als die neue vorzuschlagende.

In dem vorliegenden Falle war das Aufsuchen einer neuen Heilmethode vollkommen gerechtfertigt; denn die bisherige Therapie erwies sich in sehr vielen Fällen als vollkommen fruchtlos, und bei länger anhaltendem innerem Gebrauche für den Organismus keineswegs unschädlich. Denjenigen Individuen, welche der entstellenden, wenn auch nicht gefährlichen, Halsgeschwülste los sein wollten, blieb endlich oft kein Auskunftsmittel, als die keineswegs ungefährliche Operation übrig. Prof. Lebert sagt in seiner Abhandlung über Drüsenhypertrophie (in Virchow's Handbuch der Pathologie und Therapie), dass: „sobald die hypertrophischen Drüsen einmal eine gewisse Ausdehnung erreicht haben, sie weder von selbst, noch durch Arzneibehandlung rückgängig werden,“ das heisst, dass nur die Operation und Exstirpation mit dem Messer sie zu beseitigen im Stande ist (vide l. c. pag. 143).

Die Autoren über constitutionelle Syphilis gestehen, „dass nach Behandlung der secundären Lues und vollständiger Tilgung aller anderen Symptome, die chronischen Drüsenanschwellungen

bleiben, trotz fortgesetzter Jodbehandlung nicht zu beseitigen sind, und man endlich der Zeit überlassen muss, diese Drüsen nach Jahren von selbst zur Schrumpfung oder Resorption zu bringen.“

In Emert's Lehrbuch der Chirurgie heisst es (pag. 775): „Wegen der Entstellung und der grösseren Beschwerden, welche diese Drüsen hier (am Halse) mehr als anderswo verursachen, kommt man öfters in den Fall, nachdem die Zertheilung dieser Geschwülste, durch äussere oder innere Mittel &c. fruchtlos geblieben, dieselben zu extirpiren.“

In den Lehrbüchern über Kinderkrankheiten neueren Datum's heisst es öfters: „Man beeile sich, die bei scrofulösen Entzündungen oder Hautausschlägen &c. angeschwollenen Drüsen durch geeignete innere und äussere Mittel (Jodsalben &c.) baldmöglichst zur Zertheilung zu bringen,“ und als Ursache dieser nothwendigen Eile wird angegeben, „dass diese sympathisch-angeschwollenen Drüsen später leicht der Sitz von tuberculösen Ablagerungen werden können.“

Diesem Gegenstande ist bis jetzt von den Aerzten noch nicht die gehörige Aufmerksamkeit zu Theil geworden; der Arzt, so wie die Eltern halten den betreffenden jungen Patienten, sobald das primäre Leiden, scrofulös oder nicht scrofulös, beseitigt ist, für geheilt, die zurückgebliebenen Drüsen, wenn sie nicht so gross sind, dass sie dem Auge bemerkbar werden, werden meist weder vom Arzte noch von den Eltern bemerkt oder beachtet, was bei der Fülle des kindlichen Körpers

auch leicht möglich ist. Später jedoch, oft schon längere Zeit nach geheiltem primärem Leiden, bildet sich, nicht nur wie es in den Lehrbüchern heisst, Tuberculose, sondern in noch zahlreicheren Fällen eine Hypertrophie dieser Drüsen aus, welche unter ungünstigen Verhältnissen hohe Grade erreichen kann. Und diese Hypertrophisirung fällt oft in das Alter der beginnenden Pubertät, wo jene Entstellung zugleich am schmerzlichsten empfunden wird. Nun wird ärztliche Hilfe gesucht, und kein Opfer wäre den Betreffenden zu gross, um des entstellenden Uebels los zu werden, aber leider oft zu spät. Denn je längere Zeit seit der Heilung des primären Leidens verflossen ist, desto geringer ist die Aussicht zur Heilung der Drüsenhypertrophie. Daher ist es nothwendig und ein wichtiges Gebot der Prophylaxis nach Heilung eines Gesichtausschlags, namentlich aber nach Leiden der Nasen- und Mundhöhle, nach sehr verbreiteter Caries zur Zeit des Erscheinens der bleibenden Zähne &c. &c., die betreffende Halsgegend genau zu untersuchen, und auch die kleinsten zurückgebliebenen Drüsenanschwellungen durch die bekannten Mittel zur Resorption zu bringen, mit gehöriger Berücksichtigung der nothwendigen Kräftigung der Constitution. Zu dieser Zeit genügt noch die bisherige Therapie und führt auch in vielen Fällen zum Ziele. Die von uns hier mitzutheilende neue Heilmethode soll, wie wir es meistens auch selbst gethan haben, immer nur erst dann angewendet werden, wenn die bisherige The-

rapie durch einige Zeit und methodisch angewendet, fruchtlos geblieben ist. Dieses ist nothwendig, um die neue Heilmethode beurtheilen, und die Gränzen ihrer Wirksamkeit festsetzen zu können.

Die bisherige Therapie blieb bei einigermassen grossen, oder länger bestehenden Drüsenhypertrophien meist fruchtlos, und selbst bei frisch entstandenen erwies sie sich, wie im oben erwähnten Falle des Studiosus so unwirksam, dass sie nicht einmal das weitere Wachsthum der Hypertrophie zu verhindern im Stande war. Warum? ist leicht erklärlich. Man wendet nämlich vorzüglich die Jodmittel in verschiedenen Formen innerlich und äusserlich an, das Jodkali, Ferr. jodat., die Tct. jodin., die Jod-haltigen Mineralwässer, Jodbäder an, ferner den Leberthran, endlich zertheilende Pflaster &c. Bei Unwirksamkeit dieser, wurde auch von Einzelnen das Arsen als solut. Fowler. innerlich gebraucht.

Die Jodmittel besitzen unstreitig eine grosse Wirksamkeit, wo es sich um Aufsaugung von Exsudaten &c. handelt, und diess geschieht theils durch Erhöhung der Thätigkeit des Lymphgefäss-Systems, theils indem sie mit der zu resorbirenden Masse eine chemische Verbindung eingehen, welche sich leicht verflüssigt, und dadurch resorbirbar wird.

Die Ursache, warum die Jodmittel bei der Drüsenhypertrophie sich so oft als unwirksam erwiesen, glauben wir in Folgendem zu finden: Die dichte Bindegewebshülle, welche die stärker

hypertrophisirten Drüsen umgibt, lässt von den äusserlich angewendeten Jodeinreibungen nur sehr wenig oder gar nichts in das Innere der Drüse gelangen. Auch besitzt die Drüse relativ wenig Blutgefässe, und das von der Haut resorbirte Jod wird nicht zu den betreffenden Drüsen, sondern in andere Parthien weggeführt.

Wird dagegen das Jod innerlich angewendet, so geht selbes mittelbar oder unmittelbar in die Blutmasse, und vertheilt sich auf den ganzen Körper; bei der Gefässarmuth der hypertrophischen Drüsen kommt dabei eine so homöopathisch kleine Dosis des Jods oder der Jodwirkung in die Drüse, dass diese der Wirkung einer vielfachen homöopathischen Verdünnung gleichkommt, id est = 0. Gibt man aber die Jodmittel in grösserer Dosis durch längere Zeit, so tritt zuerst eine Atrophie anderer Körpertheile, oder allgemeine Abmagerung, mit einem Worte die Jodkrankheit ein, bevor noch die Drüsen kleiner geworden sind, und man ist dann genöthigt, das Jod auszusetzen. Aehnliches gilt von dem Arsen als solut. Fowler.

Die Pflaster sind zwar rationeller, weil sie den Einfluss der äussern Luft abhalten, und gleichsam die Drüsen in einem immerwährenden Dunstbad erhalten; von den Pflastern ist jenes das beste, welches am besten klebt. Allein in dieser Halsregion liegt kein Pflaster lange luftdicht an, denn es wird bei den Kau- und Sprechbewegungen des Kiefers zusammengeschoben und gelockert. Auch ist die Anlegung eines Pflasters in dieser Gegend noch mit andern Unannehmlich-

keiten verbunden. Endlich, und das ist die Hauptsache, zeigen sie sich, wie in dem oben beschriebenen Falle, oft ganz unwirksam. Der Leberthran leistet bei kindlichen Individuen mit scrofulöser Dyscrasie gute Dienste, so wie überhaupt Alles, was zur Kräftigung der Constitution beiträgt, in solchen Fällen, wo nebst der Hypertrophie eine Kränklichkeit vorhanden, sich nützlich erweist. In diese letzte Cathegorie gehört auch der Aufenthalt auf dem Lande, oder besser in einem Kurorte, wobei jedoch feuchte Gebirgs- und Waldthäler zu vermeiden sind.

Alle diese Behandlungs-Methoden bleiben jedoch, wie bereits erwähnt, in sehr vielen Fällen ganz wirkungslos. Diejenige Behandlung, welche wir zuletzt erwähnt haben, und die auf Kräftigung der Constitution und Tilgung einer Cachexie abzielt, ist in allen Fällen, wo eine scrofulöse oder andere Dyscrasie vorhanden ist, nothwendiger Weise jeder andern Behandlung vorzuschicken, doch bleiben, wie diess meist der Fall ist, nach Kräftigung des Organismus und Tilgung der Dyscrasie, die hypertrophischen Drüsen zurück, dann beginne man mit unserer Heilmethode. Wo dagegen keine Dyscrasie oder allgemeine Schwäche vorhanden, kann man ohne alle vorhergegangene innere Behandlung mit unserer hier auseinanderzusetzenden Therapie beginnen.

Wir wollen dieselbe zuerst im Allgemeinen darstellen und theoretisch begründen, hierauf die specielle Anwendungsweise angeben, und endlich einige betreffende Krankheitsgeschichten beifügen,

und zwar von solchen Kranken, bei denen bereits vorher alle äussern und innern Mittel fruchtlos versucht worden waren, und erst die Anwendung dieser neuen Methode gänzliche oder theilweise Heilung resp. Resorption der Drüsen bewirkte. Unsere Methode besteht nämlich darin, dass wir das Resorptions-befördernde Mittel auf jene Stelle appliciren, wo die der hypertrophischen Drüse angehörenden *Vasa lymphatica inferentia* ihren Ursprung und Anfangnehmen, oder mit andern Worten, an jene Stellen, welche, wenn sie ulcerös afficirt waren oder wären, eine sympathische Anschwellung derselben Drüse, deren Hypertrophie beseitigt werden soll, herbeiführen würden, oder im concreten Falle wirklich herbeigeführt haben; und da wir hier nur die *glandul. faciales profund.* und *submaxill.* im Auge haben, von denen wir wissen, dass deren (maschenförmige ausgebreitete) Anfänge in der Schleimhaut der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle beginnen, so appliciren wir bei den Hypertrophien dieser Drüsen das Medikament auf die genannten Schleimhäute, und zwar auf die Nasenschleimhaut in Form eines Schnupfpulvers, in die Mund- und Rachenhöhle als Einreibung oder Einpinselung. Folgende theoretische Betrachtungen waren es, welche uns auf diese neue Anwendungsweise hinleiteten, und aus denen wir uns auch die überraschend gute Wirkung derselben erklärten. Es sind folgende: Ein chronisch-ulceröser Process der Schleimhaut erzeugt bei jugendlichen Individuen eine Anschwellung derjenigen Halsdrüsen, deren Lymphgefässe

an dieser Stelle entspringen. Die Genesis dieser Drüsenerkrankung können wir uns nur auf zweifache Art denken, entweder derart, dass sich der permanente Reizungszustand vom Geschwüre der Schleimhaut mittelst der Lymphgefäße in die entsprechende Drüse fortpflanzt, oder derart, dass die Lymphgefäße einen krankhaften Stoff aus dem Geschwüre (zersetzten Eiter &c.) in sich aufnehmen, resorbiren und der Drüse zuführen. Indem wir nun das Resorptions-befördernde Medikament, welches ein entsprechend verdünntes Jodpräparat ist, auf dieselbe Stelle appliciren, wo der ulceröse Process war, welcher die Drüsenhypertrophie hervorrief oder hervorrufen könnte, erwarten wir davon eine doppelte Wirkung: vorerst, dass die obwohl geringe aber doch anhaltende Reizung, die das Medikament auf die Schleimhaut ausübt, sich in die Drüse weiter fortpflanzt, und daselbst eine künstliche Congestion und Auflockerung erzeuge, worauf sodann die Resorptions-fördernde Kraft des Jods um so leichter eine Aufsaugung herbeiführen kann. Die Jodmittel erhöhen, wie bekannt, die Thätigkeit des Lymphsystems. Es wird demnach entweder dadurch, dass das Jodmedikament die Thätigkeit des Lymphsystems erhöht, oder dass es von den Lymphgefäßen der Schleimhaut resorbirt und direkt in die kranke Drüse geführt wird, die Resorption des Krankhaften herbeigeführt.

Dass die Application des Medikaments in bezeichneter Art die hypertrophische Drüse neuerdings in einen künstlichen Reizungszustand ver-

setze, haben wir ein Paar Mal deutlich beobachtet. In zwei Fällen nämlich wurden nach 14tägiger Anwendung die bisher schmerzlosen Drüsen beim Druck empfindlich, und auch spontan stellten sich zeitweilig flüchtige Stiche in denselben ein; dieses Symptom verlor sich aber bald. Eine andere Frage ist die, ob das auf der Schleimhaut gebrachte Jod von den Lymphgefäßen resorbirt wird? Auch diese Frage kann mit Hinweisung auf bekannte That- sachen und physiologische Experimente bejahend beantwortet werden; die Beweise hievon liegen in Folgendem: Dass medikamentöse Stoffe von der Schleimhaut resorbirt werden, das hat bereits die Erfahrung dargethan, indem man weiss, dass durch das Schnupfen eines bleihältigen Schnupftabaks Bleivergiftungen vorgekommen sind. Die in den Lesebüchern der Physiologie über das Lymph- gefäss-System angeführten That- sachen und Ex- perimente lassen eben so keinen Zweifel übrig, dass medikamentöse Stoffe auf die Oberfläche der Schleimhäute gebracht, von den Lymphgefäs- sen derselben aufgenommen, und in die näch- sten Lymphdrüsen geführt werden. „Die Resorp- tion fremdartiger Stoffe durch die Lymphgefässe,“ heisst es in Müller's Physiologie, „kann nicht bestritten werden“ (pag. 214), worauf das Mül- ler'sche Experiment mit dem Frosche angeführt wird, der mit den Beinen in eine Lösung von blausaurem Kali gestellt wurde, und **dessen Lymphe** aus den Lymphgefäßen genommen, die deutliche Reaction auf blausaurem Kali zeigte, **während das Serum des Blutes kaum eine**

Spur zeigte. Eben daselbst heisst es zugleich, „dass die Lymphgefässe nicht alle Stoffe resorbiren, sondern nur einige, zu denen sie eine gewisse Affinität besitzen.“

Wenn von irgend einem Arzneimittel, so müssen wir vom Jod eine solche Affinität voraussetzen. Joh. Müller sagt hierüber: „Wie die Mittel, welche in dem Rufe stehen, die Resorption zu befördern, diess thun, ist im Einzelnen unbekannt. Offenbar müssen diese Mittel die Fähigkeit haben, die Thätigkeit der Lymphgefässe zu steigern, wenn z. B. Flüssigkeiten resorbirt werden sollen. In andern Fällen handelt es sich um Erweichung und Auflösung wie bei Resorption von Geschwülsten, die antihydropsischen Mittel und das Jod liefern Beispiele.“ (pag. 218.)

Weiter heisst es (pag. 219): „Die Lymphgefässe haben eine eigenthümliche Empfindlichkeit gegen fremdartige Materien, sie werden durch Resorption derselben schmerzhaft &c., unter selben Umständen schwellen auch die nahe gelegenen Lymphdrüsen an, so z. B. nach Application eines Vesicans, nach Inunction der Brechweinstein-salbe &c.“

Wenn von irgend einem Stoffe, so müssen wir von den Jodmitteln voraussetzen, dass sie geeignet sind, in das Lymphgefäss-System aufgenommen und resorbirt zu werden. Schon die Flüchtigkeit des Jods macht diess wahrscheinlich, indem das Jod aus den meisten seiner Verbindungen theils spontan, theils sobald dieselben in Berührung mit andern Stoffen kommen, einen Theil

ihres Jod freigeben. Als Beispiel das Jodkali, sobald es mit einem Fett gemischt wird; das Jodeisen lässt schon an der Luft einen Theil des Jod frei &c.

Wir wenden also die Jodmittel bei jenen Drüsenerkrankungen, welche dem Lymphgebiete der Nasenhöhle entsprechen, als Schnupfpulver an, und zwar in verschiedener Verbindung mit milden Stoffen, wodurch die Möglichkeit gegeben ist, das Mittel so mild oder so irritirend einwirken zu lassen, als es der Zustand erfordert. Ist das Uebel noch nicht alt, oder die Nasenschleimhaut ohnediess in einem irritirten Zustande, so genügt die mildeste Composition; ist dagegen das Uebel älter, und die Nasenschleimhaut gesund, so muss die Composition kräftiger sein, damit auch zugleich ein Reiz auf die Nasenschleimhaut bewirkt wird.

Das Mittel bewirkt anfangs, obzwar nicht bei jedem Individuum, die Reflexbewegung des Niesens und wird sogleich wieder eliminirt. Diess geschieht jedoch nur am Anfange, binnen zwei- bis dreitägiger Anwendung verliert sich diess, und es erfolgt nur eine wässerige Absonderung der Nasenschleimhaut, ein langsames Abtropfen aus der Nase, welches einen grossen Theil des Schnupfpulvers wieder entfernt. Auch dieses vermindert sich bald immer mehr und mehr bei längerem Gebrauche. Bei jenen Submaxillar-Lymphdrüsen, welche der Mundhöhle entsprechen, wird die Einreibung an den entsprechenden Stellen der Mundhöhle oder des Zahnfleisches angewendet. Das hiezu passende Pulver muss, da es nur kürzere

Zeit mit der Schleimhaut in Berührung bleibt, eine andere Composition als jenes Schnupfpulver sein, und das Jod im flüchtigern Zustande enthalten.

Bei der Hypertrophie jener Lymphdrüsen, welche die Lymphgefäße aus der Rachenhöhle und der Tonsillargegend in sich aufnehmen, haben wir die Jodtinctur auf jene Stelle der Tonsillen und des Rachens aufgestrichen, wo die Ulceration ihren Sitz hatte; oder, wo keine solche vorausgegangen, auf jene Stelle, welche erfahrungsgemäss diesen Lymphdrüsen entspricht.

Die genaue Bestimmung der Applicationsstelle kann in manchen Fällen mit Schwierigkeiten verbunden sein. Wo eine vor Kurzem vorausgegangene oder noch bestehende primäre Affection die Drüsenhypertrophie veranlasste, kann über die Applicationsstelle kein Zweifel obwalten. Wo aber die Drüsenhypertrophie eine primäre idiopathische ist, oder, bei sympathischer oder symptomatischer Hypertrophie, wo bereits einige Jahre seit der primären Entzündung oder Ulceration verflossen sind, und deren Sitz und Beschaffenheit aus der Anamnese nicht mehr ermittelt werden kann, in solchen Fällen ist es oft schwierig, die passende Einwirkungsstelle für das Medikament, welche der geschwollenen Drüse correspondirt, zu bestimmen. Die Lage der Drüse, vorzüglich aber die aus analogen Fällen gesammelte Erfahrung des Arztes muss diesen leiten, um in solchen ungewissen Fällen beiläufig die geeignete Stelle zu wählen. Diess ist der einzige schwierige Punkt in der Anwendung dieser Methode. Doch wollen wir einige

Anhaltspunkte, so weit sie unsere geringe Erfahrung uns darbot, mittheilen.

Da die betreffenden Regionen nahe aneinander stossen, so können wir im Allgemeinen nur so viel angeben: die Lymphdrüsen, welche dem Pharynx und den Tonsillen correspondiren, liegen in der obersten seitlichen Halsgegend hinter dem aufsteigenden Ast des Unterkiefers, der Parotis entsprechend, und wie es scheint, meist in dieser eingebettet. Die Lymphdrüsen, welche die Lymphgefässe des Cavum narium aufnehmen, liegen weiter nach abwärts, hinter und unter dem Unterkieferwinkel, am Rande des Sterno-Cleidomastoideus, manchmal theilweise von ihm bedeckt, und dann in dem äussern Drittheil der Submaxillargegend bis zur Mitte des horizontalen Astes des Unterkiefers. — In der Sublingual- und mittleren Submaxillargegend liegen die dem Alveolus und dem Boden der Mundhöhle entsprechenden Drüsen. Auffallend weit nach rückwärts liegen die, die Zungenlymphgefässe aufnehmenden Drüsen. Der Fall, an welchem wir diess besonders evident beobachteten, war folgender: Ein Mann in den Vierziger-Jahren, Bauer, klagte über die zeitweilige schmerzhaftes Anschwellung kleiner Drüsen in der seitlichen obern Halsgegend; das Uebel hatte mit Unterbrechungen seit einem halben Jahre bestanden, derart, dass diese Anschwellungen zu Zeiten verschwanden, und bald darnach wiederkamen. Ich fand beiderseits gegen 3 bis 4 erbsen- bis bohnergross angeschwollene, schmerzhaftes Lymphdrüsen. Die Lage dieser Drüsen war noch weiter nach rück- und

abwärts als die der Rachenlymphdrüsen. In der Vermuthung, dass diess wohl eine sympathische Drüsenentzündung sein möge, forschte ich nach dem primären Leiden, und fand die Oberfläche der Zunge stellenweise von Epithelium entblösst, derart, dass die Zungenoberfläche längliche Risse und Schrunden zeigte. Der Kranke erzählte dann, erst über mein Befragen, dass ihm zeitweilig die Zunge sehr brenne, namentlich beim Rauchen. Ich fand, dass er aus einer alten, mit Tabaksaft durch und durch prägnirten Pfeife rauche. Da ich die Vermuthung hegte, dass das starke Rauchen aus einer derartigen Tabakspfeife und dazu eines ordinären Tabaks die entblösten Schleimhautstellen in einem fortwährenden Reizungszustand unterhalte, und dadurch die sympathische Drüsenanschwellung bewirke, so untersagte ich dem Kranken auf ein Paar Tage das Rauchen, und sagte, er möge sich sodann eine andere Tabakspfeife anschaffen. Er befolgte diess, und das Uebel war in ein Paar Tagen spurlos verschwunden.

Eine bestimmte und festgesetzte Norm für die Grösse der Dosis des Medikaments und der verdünnenden Zusätze anzugeben, ist nach der relativ kleinen Anzahl von Fällen, die uns zur Behandlung kamen, noch nicht möglich. Dasselbe gilt von den Zeit-Intervallen der Anwendung. Wir müssen in dieser Beziehung auf die folgenden Krankheitsgeschichten verweisen. Wir liessen täglich zwei- bis dreimal eine Dosis des Schnupfpulvers hinaufschnupfen, die Einreibungen hingegen zweimal täglich machen. Bezüglich der Dauer

der Behandlung haben wir beobachtet, dass erst nach vier- bis sechswöchentlicher Behandlung eine auffallende, auch dem Laien bemerkbare Verkleinerung mehrerer, jedoch niemals aller angeschwollenen, Drüsen bemerkt wurde. Hatte einmal diese Verkleinerung begonnen, so schritt dieselbe auch dann noch vorwärts bis zum gänzlichen oder theilweisen Schwund dieser Drüsen, wenn man die Behandlung aussetzte. Hatte also die Behandlung bis zur ersten bemerkbaren Verkleinerung der Drüsen 4 bis 6 Wochen gedauert, so bedurfte es bis zum vollständigen Verschwinden der verkleinerten Drüsen, mit oder ohne weitere Therapie, 4 bis 6 Monate. In dem einen Falle blieben zwei Drüsen unverändert, während die übrigen sich verkleinerten und verschwanden. In jenen Fällen, wo nur eine oder höchstens zwei einzelstehende hypertrophische Drüsen ungewissen Ursprungs vorhanden waren, und schon viele Jahre bestanden hatten, war es nach fruchtloser Anwendung der bisherigen Therapie auch mit unserer Heilmethode oft nicht möglich, eine Verkleinerung oder Schwund derselben herbeizuführen, wenn auch die Behandlung noch so beharrlich fortgesetzt wurde. Wir glauben in solchen Fällen, dass wir es entweder schon mit fibroider Entartung zu thun hatten, oder dass wir nicht die richtige Applicationsstelle des Medikaments getroffen hatten.

In Fällen, wo das primäre Leiden z. B. eine Affection der Nasenschleimhaut noch vorhanden war, musste natürlich erst dieses geheilt werden,

und wir machten in solchen Fällen einen allmählichen Uebergang von dem Calomel als Schnupfpulver zu unserer Jod-Composition. Da man glauben kann, dass die secundäre Hypertrophie der Drüsen nach Heilung des primären Leidens vielleicht von selbst geheilt wäre (woran wir jedoch in manchen Fällen sehr zweifeln), so haben wir auch diese Fälle nicht für massgebend für die Beurtheilung der Wirksamkeit unserer Heilmethode angesehen, und werden dieselben daher auch nicht unter die mitzutheilenden Krankengeschichten aufnehmen.

Die Contraindicationen für die Anwendung unserer Heilmethode ergeben sich von selbst. Es sind: zu junges Alter, Neigung zur Tuberculose oder bereits vorhandene Tuberculose der Lungen, Verdacht auf tuberculose Ablagerung in den Drüsen, noch bestehende chronische oder ulceröse Processe der Nasen-Rachenschleimhaut &c. &c.

Ich lasse nun im Nachstehenden einige Krankheitsgeschichten folgen:

P. N., ein 20jähriges Mädchen, Tochter wenig bemittelter Bauern, kam im Jahre 1859 im Frühjahr zu mir, um, wie sie sagte, mich zu befragen, ob für ihren Zustand noch eine Hilfe sei. Das Gesicht und der Hals waren durch beiderseitige, in der obern Halsgegend gelegene knollige Drüsengeschwülste entstellt, derart, dass sie, um diese hässliche Entstellung so viel wie möglich zu verbergen, beständig ein Tuch um Hals und Kopf tragen musste. Die Drüsengeschwülste lagen in der obern seitlichen Halsgegend, theils in der

Parotis- und äussern Submaxillar-Gegend und theils etwas weiter abwärts. Ich zählte auf der rechten Seite 4, auf der linken 3 Tumoren, wovon einzelne wieder aus zweien oder dreien zusammenhängenden Drüsen zu bestehen schienen. Die Einzelnen hatten die Grösse und Gestalt einer sehr grossen Kastanie und darüber, flach gedrückt, rund oder oval, spontan und auch beim Druck schmerzlos; die aus 2 oder 3 bestehenden Conglomerate bildeten **grössere** mehr vorragende Knollen. Die Haut darüber normal beschaffen, die Geschwülste sämmtlich beweglich. Die Gesichtsfarbe war etwas blass, jedoch gesund, das Mädchen sonst wohlgenährt und zur schwersten Arbeit kräftig genug, die Anamnese ergab folgendes: Sie war im nördlichen Mähren von gesunden Eltern geboren. Ihre Eltern sowohl, welche ich selbst zu sehen Gelegenheit hatte, so wie ihre Geschwister sind noch gegenwärtig gesund, und keines von ihnen mit irgend einem scrofulösen Leiden behaftet. Auch die Kranke selbst war in ihrer Kindheit nie scrofulös gewesen. Vor beiläufig $2\frac{1}{2}$ Jahren bemerkte sie eine Schmerzhaftigkeit in der Nase mit geringer Röthe und Anschwellung am Rande der Nasenöffnungen, welche durch einige Monate dauerte, wobei manchmal der Durchgang der Luft durch die Nasenhöhle beengt war. Sie weiss die nähere Natur dieses Uebels nicht anzugeben, auch war dasselbe so wenig quälend, dass sie es nicht viel beachtete und keine ärztliche Hilfe suchte. Einige Zeit später bemerkte sie kleine Drüsenanschwellungen zu beiden Seiten des Halses,

welche jedoch nur fühlbar, aber nicht sichtbar waren, und durch einige Monate constant blieben, ohne weder zu wachsen noch abzunehmen.

Vor beiläufig 2 Jahren verliess sie ihr im Gebirge gelegenes Heimathsdorf, und zog in einen am Flussufer in einer Malariagegend gelegenen Ort, wo sie ein ziemlich feuchtes Quartier bewohnte. Hier bemerkte sie nach kurzer Zeit ein rasches, wiewohl schmerzloses Wachsen der Drüsengeschwülste, wobei dieselben zugleich sich hart anfühlten, und entstellende Hervorragungen am Halse bewirkten.

Erst zu dieser Zeit suchte sie ärztliche Hilfe, welche in der äussern und innern Anwendung von resorbirenden Mitteln bestand, und völlig fruchtlos blieb. Nachdem sie früher bei verschiedenen Aerzten gewesen war, kam sie zu mir, und auch ich wendete anfangs durch einige Zeit Jodpräparate äusserlich und innerlich an, ohne das geringste Resultat. Hierauf setzte die Kranke mehrere Wochen mit jeder Behandlung aus, kam aber nachher dennoch wieder, um, wie sie meinte, noch einen letzten Versuch zu machen, weil die Drüsengeschwülste noch immer zunahmen.

Nun erst beschloss ich, in Berücksichtigung dessen, dass die gegenwärtige Hypertrophie in Folge einer von einem Nasenleiden herrührenden sympathischen Drüsen-Anschwellung entstanden, meine neue Methode anzuwenden. Ich gab die Composition des Jodpräparates als Schnupfpulver derart, dass ich anfangs zwei-, später dreimal täglich eine Dosis von 2 Gran hinaufschnupfen liess. Da-

bei wurde keinerlei Medikament, weder innerlich noch äusserlich angewendet. Später, in der dritten Woche, gab ich die Composition *ad scatulam*, und liess dreimal täglich eine kleine Messerspitze davon hinaufschnupfen.

Während dieser 4 Wochen dauernden Behandlung war keinerlei Veränderung an den Drüsen bemerkbar, nur dass einzelne derselben beim Druck etwas schmerzhaft wurden.

Da ich der Patientin immer so viel des Medikaments mitgab, als auf eine Woche hinreichte, so wartete ich, nachdem ich ihr in der fünften Woche die Dosis repetirt, dass sie nach 8 Tagen wieder bei mir erscheinen werde. Allein ich wartete umsonst, und als sie gegen 3 Wochen ausblieb, glaubte ich, sie werde nicht mehr kommen, indem sie keinen Erfolg der sechswöchentlichen Behandlung gesehen hätte. Wie gross aber war meine Ueberraschung, als sie, in der achten Woche nach Beginn der Behandlung, zu mir kam, zum ersten Male mit unbedecktem Halse, und mit triumphirender fröhlicher Miene. Die Drüsen- geschwülste am Halse waren derartig verkleinert, dass keine auffallende Entstellung mehr vorhanden war, und die geringen Hervorragungen nur bei aufmerksamerer Betrachtung bemerkt wurden. Fühlbar waren die hypertrophischen Drüsen noch; nur schienen sie um die Hälfte oder ein Drittel kleiner; einzelne schienen ganz verschwunden zu sein. Ich sagte nun, da die bisherige Therapie sich nützlich gezeigt habe, möge die Kranke selbe fortsetzen. Allein sie entgegnete, dass sie bereits

mit dem bisherigen Erfolge zufrieden sei, indem die bedeutende Entstellung behoben sei, und dass sie (wahrscheinlich, wie ich entnahm, aus Furcht vor zu grossen Kurkosten) nichts weiter gebrauchen wolle.

Nach ungefähr einem halben Jahre kam sie abermals zu mir, um sich zu zeigen. Und mein Erstaunen war nicht minder gross wie das vorige Mal: denn sämtliche Drüsengeschwülste waren spurlos verschwunden, ohne dass Patientin während dieser ganzen Zeit einer Behandlung sich unterzogen hatte.

Ich war anfangs gesonnen, die Menge des im Ganzen, in diesem wie in den folgenden Fällen verbrauchten Jodpräparats zusammen zu rechnen und hier beizufügen; allein ich glaube, dass diess von keinem Nutzen ist, indem doch immer nur ein kleiner Theil resorbirt werden kann, der grössere Theil aber durch die vermehrte Secretion der Nasenschleimhaut wieder eliminirt wird.

Ich übergehe nun zum zweiten Fall.

L., Bauernbursche von 22 Jahren, mittelstarken Körperbau und mittlerer Grösse, kam im Jahre 1860 zu mir, um mich wegen bereits seit zehn Jahren bestehenden Drüsengeschwülsten zu consultiren. Die sämtlichen hier vorhandenen Drüsengeschwülste befanden sich nur auf der linken Seite des Halses, und waren so zahlreich, dass sie im Ganzen einen unter dem Unterkiefer herabhängenden Wulst bildeten, welcher das obere Drittheil der linken seitlichen Halsregion bedeckte. Bei genauerer Untersuchung zeigte sich das Ver-

halten der Drüsengeschwülste folgendermassen: Vorwiegend waren die linken Submaxillar-Drüsen ergriffen. Man fühlte in der Submaxillar-Gegend 2 von vorn nach rückwärts verlaufende Reihen von angeschwollenen Drüsen von der Grösse einer Haselnuss bis zu der einer wälschen Nuss und darüber; die innere Reihe dieser Drüsen verlief in der Mittellinie der Submaxillar-Gegend, die äussere längs dem horizontalen Aste des Unterkiefers; nebstdem waren einzelne hypertrophisirte Drüsen dieser Reihe über einander gelagert. Von den *glandul. facia. profund.* waren 3 bis 4 Drüsen hypertrophirt, dieselben lagen theils hinter dem Winkel des Unterkiefers, theils nach abwärts von demselben vor dem *Musculus Sternocleidomastoideus*. Dieselben waren sämmtlich um etwas grösser, als die grössten unter den Submaxillar-Drüsen. Sämmtliche Geschwülste vollkommen schmerzlos und unempfindlich, die Haut darüber normal beschaffen: Sonst war am ganzen Körper kein krankhaftes Symptom bemerkbar, alle Organe und Functionen im gesunden Zustande, das Aussehen ein gutes. In der Mund-, Rachen- und Nasenhöhle weder ein ulceröses noch sonst ein entzündliches Leiden zu entdecken.

Die Anamnese ergab folgendes: L. soll bis in sein zwölftes Lebensjahr vollkommen gesund gewesen, und nie eine Spur von scrofulösem Leiden gehabt haben. Nachdem er die Schule verlassen hatte, wurde er, wie es hier zu Lande gebräuchlich ist, in einen entfernten Ort zu Verwandten geschickt, „auf den Wechsel,“ das heisst,

um durch den Aufenthalt daselbst die andere Landessprache zu erlernen. Als er nach Verlauf eines Jahres in sein elterliches Haus zurückkehrte, bemerkten seine Angehörigen in der mittleren Submaxillar-Gegend eine, obwohl noch geringe Anschwellung. Der Kranke kann sich nicht erinnern, dass während seines Aufenthaltes in der Fremde irgend eine Schädlichkeit eingewirkt, oder ein Leiden der Mund- oder Nasenhöhle vorhanden gewesen wäre.

Von nun an wuchs das Uebel zwar sehr langsam aber constant durch 8 Jahre, trotz angewandter Mittel, derart, dass sich zu den bereits bestehenden, neue hypertrophische Drüsen nach rückwärts und abwärts zugesellten, und zwar nur auf der linken Seite. Die äusserlich sichtbare Anschwellung, welche anfangs nur vorn in der Sublingual-Gegend sichtbar war, erstreckte sich allmählig von vorn nach rück- und abwärts bis zur bedeutenden Entstellung des Gesichtes und Halses. Die Entstehung und das Wachsen der hypertrophischen Drüsen erfolgte vollkommen schmerzlos. Dass wir es in diesem Falle wirklich mit hypertrophischen, und nicht etwa mit entzündeten, tuberculösen oder carcinomatösen Drüsen zu thun haben, ist wohl einem Jeden aus der Beschreibung und dem Verlaufe des Uebels klar und evident, und braucht dem gelehrten und erfahrenen Arzte, welchen wir uns als Leser unserer Broschüre wünschen, nicht erst bewiesen zu werden.

Ueber die Entstehungsursache des Leidens kann ich in dem vorliegenden Falle nicht einmal

eine Vermuthung aussprechen. Es scheint demnach diese Erkrankung zu jener Art der Drüsenhypertrophie zu gehören, welche wir mit dem Namen: „primäre idiopathische Hypertrophie“ bezeichnet haben. Auch in der Familie des Kranken liess sich keine Anlage zu einem Drüsenleiden, zu scrofulöser oder tuberculöser Erkrankung nachweisen. Sein Vater ist ein gesunder kräftiger Mann; seine Mutter starb, als sie mit ihm im Wochenbette lag, am Kindbettfieber. Seine einzige Schwester ist vollkommen gesund.

Ueber die bisher bei ihm angewandte ärztliche Hilfe entnahm ich aus seinen Mittheilungen folgendes: Das erste Mal vor mehreren Jahren, er weiss nicht genau in welchem Jahre, das zweite Mal vor 2 Jahren, wurde er einer längeren ärztlichen Behandlung unterzogen, wobei die bekannten äusserlichen Mittel angewendet wurden, jedoch ohne allen Erfolg, ja die Drüsen wuchsen sogar noch weiter.

Im März dieses Jahres kam er zu mir. Um den Fall ganz rein zu haben, wendete ich nicht erst die bisher gebräuchlichen äusserlichen und innerlichen Mittel an, sondern begann sogleich mit meiner neuen Methode, welche ich ganz **allein** anwandte, ohne selbe durch andere äussere oder innere Mittel zu unterstützen.

Ich gab das bezeichnete Pulver zum Einreiben in den Boden der Mundhöhle, in's Zahnfleisch, und in den Alveolar-Rand des Unterkiefers; ferner das Schnupfpulver in die linke Nasenhöhle

2 bis 3 Mal täglich hinauf zu schnupfen; die Einreibung 2 Mal des Tages zu machen. Erst in der 7. bis 8. Woche dieser Behandlung wurde eine Verkleinerung einzelner Drüsen, und zwar zuerst der vorderen Submaxillar-Drüsengruppe bemerkbar. Ich gab nunmehr, als diese Verkleinerung sich immer deutlicher herausstellte, keine Einreibung in die Mundhöhle mehr, sondern nur das Schnupfpulver noch durch etwa 4 Wochen, so dass die ganze Behandlung gegen 12 bis 13 Wochen gedauert haben mag. Gegen Ende Mai d. J. fingen auch die weiter rückwärts gelegenen hypertrophischen Drüsen an, sich deutlich zu verkleinern; nur zwei Drüsen, und zwar gerade die zwei grössten unter den erkrankten, zeigten noch keine Abnahme ihres Volumens, wovon die eine nach abwärts vom Unterkieferwinkel, die zweite zwischen demselben und dem Sternocleidomastoideus gelegen war, und die daselbst im Normalzustande bestehende Furche zu einer Hervorwölbung umwandelte.

Gestützt auf die früher gemachte Erfahrung, dass, sobald einmal die Resorption der hypertrophisirten Drüsen deutlich begonnen, selbe auch nach Aussetzen der Therapie fortschreitet, liess ich auch nunmehr den Kranken mit der Behandlung aussetzen, und sagte ihm nur, er möge sich nach einiger Zeit wieder bei mir zeigen. Nach ungefähr $2\frac{1}{2}$ Monaten, nämlich Anfangs September d. J. erschien er wieder bei mir, und meine Erwartung hatte mich nicht getäuscht. Die erkrankt gewesenen Submaxillardrüsen waren theils nicht mehr zu fühlen, theils sehr verkleinert. Der unter

dem Unterkiefer am Halse herabhängende Wulst, welcher von den zahlreichen angeschwollenen Lymphdrüsen hergerührt hatte, war ganz verschwunden. Selbst von den oben angegebenen 2 Drüsen war die eine nach abwärts gelegene um die Hälfte kleiner, und nur die einzige, zwischen Unterkieferwinkel und Sternocleidomastoideus gelegene hatte noch ihren früheren Umfang. — Da ich glaube, dass auch diese vielleicht in einiger Zeit sich verkleinern dürfte, so gab ich dem Patienten den Rath, noch eine Zeit lang zuzusehen, und erst wenn diese einzige noch übrig gebliebene Drüse nach einiger Zeit noch unverändert fortbestehen sollte, noch einmal zu mir zu kommen.

Ich muss auf diesen hier beschriebenen Fall, und namentlich auf die beweisende Kraft desselben, ein ganz besonderes Gewicht legen; denn es trafen hier Umstände zusammen, welche ganz vorzüglich für die Wirksamkeit meiner Methode sprechen; hieher gehört vor allem die lange Dauer des Uebels durch fast 10 Jahre, die Unwirksamkeit aller bisherigen, von andern Aerzten bei ihm angewandten Heilarten; ferner der Umstand, dass der Kranke, bevor er zu mir kam, zwei Jahre lang gar kein Mittel gegen sein Leiden gebraucht hatte, so dass man die erfolgte Heilung nicht etwa den früher angewandten Mitteln, sondern nur einzig und allein unserer neuen Therapie zuschreiben kann.

Ferner wurde, wie ich bereits oben bemerkt, absichtlich weder ein äusserliches, noch ein innerliches Unterstützungsmittel gereicht. Auch das Regime und die Diät des Patienten blieb während

der Behandlung dasselbe wie zu anderer Zeit, nur dass er sich im Genuss des Weines etwas einschränken musste.

Fast gleichzeitig mit diesem eben beschriebenen behandelte ich einen dritten Fall:

B. A., ein junger Mann von 24 Jahren, gesunden Aussehens, war das erste Mal vor ungefähr zwei Jahren bei mir, und klagte, dass er bereits mehrere Wochen lang Schmerzen im Halse, namentlich beim Schlingen, empfinde, und dass die dagegen angewandten Hausmittel fruchtlos gewesen seien. Ich fand bei der Untersuchung den weichen Gaumen und den Rachen stark geröthet, und auf der linken Tonsille ein Geschwür von der Grösse eines Silberzwanzigers, welches sich nach rückwärts bis in das hintere Gaumensegel erstreckte. Das Geschwür war trichterförmig, seine Basis mit einem gelben fest adhäreirenden Exsudat bedeckt. — Der Kranke behauptete, niemals noch an einem *Ulcus primarium venereum*, noch sonst an einer Affection gelitten zu haben, welche man für specifisch halten könnte. Nur vor mehreren Wochen habe er durch ein Paar Tage eine Blatter oder ein Bläschen an der *Glans* bemerkt, welches geplatzt, und bald darauf spurlos verheilt war, ohne sich in ein Geschwür umzuwandeln. Die Behandlung, welche ich gegen die Angina anwandte, war eine rein locale. Ich touchirte das Geschwür mit Lapis infernal. und gab entsprechende Gurgelwässer. Bei dieser Therapie verkleinerte sich das Geschwür; und als der Patient durch längere Zeit nicht mehr zu mir kam, glaubte ich ihn geheilt.

Ungefähr ein halbes Jahr später kam derselbe abermals zu mir: er sei noch immer nicht von seinem Halsleiden befreit. Ich fand das Geschwür im Halse wieder grösser, mit gelbem Exsudat bedeckt, die Umgebung stärker angeschwollen als das erste Mal, und, wie es schien, auch härter. Aeusserlich am Halse war die Tonsillargegend auffallend angeschwollen, und bei genauerem Nachfühlen zeigte es sich, dass diese Anschwellung nicht allein von der vergrösserten Tonsille herührte, sondern dass nebstdem noch sympathisch angeschwollene Drüsen vorhanden waren.

Die locale Behandlung des Geschwüres war dieselbe wie das erste Mal, und da der Kranke wegen Entfernung seines Wohnortes von der Stadt nur ein Mal wöchentlich bei mir erschien, touchirte ich das Geschwür nur ein Mal wöchentlich. Nebstdem wandte ich eine specifische Therapie an, bestehend in kleinen Dosen Calomel durch längere Zeit fort gebraucht. Das Geschwür verkleinerte und reinigte sich bei dieser Behandlung, die Schmerzen beim Schlingen liessen nach, und — der Kranke blieb wieder aus. Nach einigen Monaten traf ich ihn zufällig, er sagte, dass er desshalb nicht mehr gekommen wäre, weil er keine Schmerzen mehr im Halse empfinde; aber er werde mich doch nächstens besuchen müssen, weil er äusserlich am Halse ein Wachsen der schon früher bestandenen Anschwellungen bemerke. Als der Patient einige Zeit nachher wirklich zu mir kam, fand ich auf der linken Seite des Halses eine Gruppe harter angeschwollener Drüsen, bestehend aus 3 etwa kasta-

niengrossen, beim Drucke schmerzlosen Drüsen, von denen 2 fest an einander liegend in der unteren Parotisgegend, die dritte abgesondert etwas mehr nach abwärts gelegen war; nebstdem war noch eine in der vorderen Submaxillargegend gelegene Drüse in der Grösse einer Haselnuss angeschwollen, und schmerzlos beim Drucke.

Das Geschwür im Halse war vollständig vernarbt, der Rachen und das *Velum palatinum* noch etwas geröthet. — Es war demnach auch in diesem Falle dieselbe Entstehungsart der secundären Drüsenhypertrophie, wie wir sie bereits früher beschrieben, derart nämlich, dass sich dieselbe erst zu einer Zeit ausbildete, wo das primäre Leiden bereits in Heilung begriffen oder ganz geheilt war. In dem vorliegenden Falle konnte man bei dem betreffenden Patienten allerdings eine Disposition zu Drüsenerkrankungen annehmen. Eines von seinen Geschwistern war scrofulös, seine Mutter war, obzwar erst im höheren Alter, an Tuberculose gestorben; er selbst aber erfreut sich sonst der besten Gesundheit.

Um jeden Zweifel, ob die Drüsenhypertrophie nicht vielleicht von selbst rückgängig würde, bei mir selbst zu beheben, wartete ich absichtlich noch mehrere Wochen zu, und erst im Frühjahre d. J. begann ich mit der Behandlung derart, dass ich jene Stelle der linken Tonsille und des *Velum palatinum*, wo sich das Ulcus befunden hatte, mittelst eines Pinsels wiederholt mit Tct. jodin. bestrich. Zu diesem Behufe musste der Kranke 2 bis 3 Mal in der Woche zu mir kommen. Auch

hier vermied ich absichtlich jedes sonstige Hilfsmittel der Therapie, als z. B. Jod-Salben u. dergl. Das Resultat meiner Therapie war in diesem Falle ein eclatantes. Bereits in der 8. Woche war die Anschwellung der Drüsen so weit gewichen, dass dieselbe äusserlich nicht mehr sichtbar, sondern nur fühlbar war, die eine Submaxillardrüse aber, deren Ursprung nicht zu ermitteln war, hatte noch ihren früheren Umfang behalten. Der Kranke mit diesem Resultate zufrieden, blieb nunmehr definitiv aus.

Der Vollständigkeit wegen muss ich nun noch auf einige, am Beginn dieser Broschüre beschriebene Fälle zurückkommen. Jener interessante Fall von primärer idiopathischer Hypertrophie mit so hochgradiger beiderseitiger Drüsen-Erkrankung, welchen ich bei der Aetiologie beschrieben, und welcher sich unter meinen Augen, trotz aller von mir und andern Aerzten angewendeten äusserlichen und innerlichen Jodmitteln, als: Jodsalben, Jodkali innerlich, Leberthran &c., entwickelt und zugenommen hatte, dieser Fall konnte von mir leider nicht in seiner weiteren Entwicklung beobachtet werden. Denn nachdem ich 14 Tage lang meine neue Heilmethode bei ihm angewendet, traf es sich, dass der Patient eine günstige Anstellung in der Fremde erhielt, und augenblicklich abreisen musste. Ich bedauerte um so mehr hier nicht den Verlauf beobachten zu können, da die während früherer Zeit stets schmerzlos gewesenen Drüsen in der 2. Woche der Behandlung zeitweilig schmerzhaft zu werden anfangen, welches ich für eine gute Vorbedeutung der zu hoffenden Heilung ansah.

Den oben bezeichneten Fall bei dem 13jährigen Bauernknaben, so wie einen ähnlichen bei einem 16jährigen Mädchen, welches nebst der Hypertrophie der Halsdrüsen noch eine chronische Conjunctivitis (Scrofulose) und eine derartige Anschwellung der Nase darbot, wie man sie bei Scrofulösen findet: diese beiden Fälle führe ich hier desswegen nicht ausführlicher an, weil ich meine Heilmethode bei denselben gleich unmittelbar nach der Heilung des primären Nasenleidens anwendete, man also glauben könnte, dass die Hypertrophie nach der Heilung des primären Leidens von selbst verschwunden wäre, welche Meinung ich jedoch nicht theile. Ich überging in derartigen Fällen, wie bereits erwähnt, von dem Schnupfpulver aus Calomel, zur Heilung des Leidens der Nasenschleimhaut, allmählig zu jener Behandlung gegen die zurückgebliebene Hypertrophie, und erzielte binnen einigen Wochen das gewünschte Resultat.

In allen hier angeführten Fällen vermied ich, um ein möglichst reines Bild der Wirkung dieser Methode zu erlangen, jede gleichzeitige beihilffliche Anwendung äusserer oder innerer Arzneimittel, als Jodkali, Salben, Pflaster &c. Und so übergebe ich denn diese Mittheilung der Oeffentlichkeit, wünschend, dass durch weitere Erprobung in einer grösseren Reihe von Fällen die Gränzen der Wirksamkeit dieser neuen Methode festgestellt, und darnach deren Werth für die Therapie bemessen werden möge.





Schönfeld, E.

Die hypertrophischen Lymphdrüsen, Geschwülste des Halses und deren
Heilung mittelst einer neuen Heilmethode

Brünn 1862

Path. 1152 u

urn:nbn:de:bvb:12-bsb10474596-3